



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

Coimbra, maio de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Intervenções dos cuidadores informais do doente oncológico na gestão da dor:
contributos para uma intervenção de enfermagem especializada

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

Orientadora: Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Doutora Andréa Ascensão Marques, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, maio de 2025

“A coragem está um passo à frente do medo”

(Coleman young)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho resulta da vontade de aprender e evoluir como pessoa e como enfermeira. É um passo há muito tempo pensado, mas por muito tempo adiado. É uma conquista da qual muito me orgulho pelo enorme esforço que implicou e pela resiliência, capacidade de adaptação, força e dedicação demonstradas durante este percurso. Mas sozinha, não teria sido possível, pelo que agradeço a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a sua superação:

Aos meus filhos, por serem uma constante fonte de força e de esperança, muitas vezes sem o saberem! Pelo tempo que vos roubei, peço desculpa. Seguimos juntos e fortes, como sempre.

Ao meu marido, por ter ajudado a aguentar o barco durante este período.

À minha mãe e à minha irmã, que foram as minhas maiores fontes de apoio, o meu sincero obrigada. Não teria conseguido sem vocês.

Aos amigos e colegas da especialidade que me acompanham ao longo deste percurso, principalmente à Sara Oliveira, Susana Simões, Susana Antunes e Paulo, pela partilha de experiências e pelos momentos de descontração. Uma mensagem especial à Susana Simões, uma pessoa maravilhosa, sempre com um sorriso no rosto e uma palavra amiga, que apesar de não terminar este percurso connosco, esteve sempre connosco apesar dos condicionalismos e segue no nosso coração. Um verdadeiro exemplo de coragem.

A todos os enfermeiros com quem me cruzei nos locais de estágio, pela paciência e disponibilidade, especialmente os enfermeiros tutores, enfermeira Liliana Cruz e Nélson Pais.

Às professoras Amélia e Andréa, pela disponibilidade e apoio na condução do meu percurso académico.

Aos colegas da Cardiologia A, pela compreensão demonstrada e pela facilidade nas trocas.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

RESUMO

A presença de doenças crónicas resulta na necessidade de profissionais diferenciados e capazes de prestar cuidados de qualidade a quem delas padece. A dor crónica está frequentemente presente e assume-se como uma condição multidimensional, que tem um impacto significativo na vida do doente e família/cuidador. A gestão da dor é um processo complexo e que implica o envolvimento do cuidador informal, a quem é necessário fornecer informações e suporte que potenciem o cumprimento desta tarefa de forma eficaz. No doente oncológico, a dor assume-se como um fator particularmente relevante, condicionando de forma determinante a qualidade de vida destes doentes e de quem deles cuida.

O enfermeiro especialista detém competências específicas que lhe permitem atingir a excelência dos cuidados, promovendo a atualização do conhecimento e a prestação de cuidados baseada em evidências científicas. O documento que se apresenta é o relatório final do estágio de natureza profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de enfermagem de Coimbra e pretende descrever e analisar o processo de aprendizagem e a respetiva aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A primeira parte deste relatório traduz a reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, através da realização de uma análise crítico-reflexiva das aprendizagens adquiridas ao longo do percurso académico.

A segunda parte é constituída pela componente de investigação, que inclui uma revisão sistemática da literatura, que segue a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* para a realização de uma revisão scoping. O seu objetivo é mapear a evidência científica disponível sobre o papel do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline (via PubMed) e CINAHL *Complete* (via EBSCOhost), bem como no Repositório Google Scholar. Os resultados obtidos permitiram descrever as intervenções do cuidador informal na gestão da dor, as suas principais dificuldades e quais os fatores facilitadores no cumprimento deste papel. A partir dos mesmos, foi construída uma checklist e uma proposta de procedimento, que norteie a intervenção do enfermeiro junto dos cuidadores informais dos doentes oncológicos com dor.

O presente relatório traduz a transposição do conhecimento adquirido em contexto académico para a prática dos cuidados de enfermagem, no que concerne às competências adquiridas e ao desenvolvimento de uma temática de investigação identificada como pertinente.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Competências; Cuidador Informal; Gestão da dor; Intervenções; Dificuldades; Fatores Facilitadores

ABSTRACT

The presence of chronic illnesses results in the need for differentiated professionals capable of providing quality care to those who suffer from them. Chronic pain is often present and is a multidimensional condition that has a significant impact on the life of the patient and family/caregiver. Pain management is a complex process and involves the informal caregiver, who needs to be provided with information and support to enable them to carry out this task effectively. In cancer patients, pain is a particularly important factor and has a decisive impact on the quality of life of these patients and their caregivers.

The specialist nurse has specific skills that enable them to achieve excellence in care, promoting the updating of knowledge and the provision of care based on scientific evidence. This document is the final report of the professional internship for the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations, at the Nursing School of Coimbra, and aims to describe and analyze the learning process and the respective acquisition of specialized skills in Medical-Surgical Nursing.

The first part of this report reflects on the development of the common competences of the nurse specializing in Medical-Surgical Nursing and specific competences in the area of nursing the chronically ill person, through a critical-reflective analysis of the learning acquired throughout the academic course.

The second part consists of the research component, which includes a systematic literature review, following the methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute* for carrying out a scoping review. Its aim is to map the available scientific evidence on the role of the informal caregiver of cancer patients in pain management. The search was carried out in the Medline (via PubMed) and CINAHL Complete (via EBSCOhost) databases, as well as in the Google Scholar Repository. The results obtained made it possible to describe the informal caregiver's interventions in pain management, their main difficulties and the facilitating factors in fulfilling this role. Based on these, a checklist and a proposal for a procedure were drawn up to guide the nurse's intervention with the informal caregivers of cancer patients in pain.

This report reflects the transposition of the knowledge acquired in an academic context into the practice of nursing care, in terms of the skills acquired and the development of a research topic identified as pertinent.

Keywords: Specialist Nurse; Skills; Informal Caregiver; Pain Management; Interventions; Difficulties; Facilitating Factors

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CI – Cuidador informal

DC – Dor crónica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC – Enfermagem médico-cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

GASIE – Grupo de Análise dos sistemas de Informação em Enfermagem

IPOFG – Instituto Português de Oncologia francisco Gentil

JB - *Joanna Briggs Institute*

LASA – “Look-Alike Sound-Alike”

MAM – Medicamentos de Alerta Máximo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OSF – Open Science Framework

PBVT – Precauções Baseadas nas vias de transmissão

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews e Meta-Analyses*

REPE – Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros

SEDMR – Serviço de endocrinologia, diabetes e metabolismo/reumatologia

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Microrganismos

ULS – Unidade Local de Saúde

UTD – Unidade de tratamento da dor

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma do processo de seleção dos estudos	66
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Resumo das características dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	68
Tabela 2 Intervenções do cuidador na gestão da dor.....	71
Tabela 3 Dificuldades/Barreiras do cuidador na gestão da dor e artigos que as mencionam	73
Tabela 4 Estratégias facilitadoras do cuidador na gestão da dor e artigos que as mencionam	74

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA	14
1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	14
1.1 – SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO/REUMATOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA	14
1.2 – UNIDADE DE TRATAMENTO DA DOR DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA.....	16
2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	21
2.1.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	22
2.1.2 – Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	29
2.1.3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados	36
2.1.4 – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	41
2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	45
2.2.1 – Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	47
2.2.2 – Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	54
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
3 – O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO NA GESTÃO DA DOR: SCOPING REVIEW	61
RESUMO	61
INTRODUÇÃO	62
METODOLOGIA	63
RESULTADOS	65
DISCUSSÃO	75
CONCLUSÃO	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	
ANEXO 1. Formações frequentadas no período da realização do mestrado	
APÊNDICES	
APÊNDICE 1. Projeto de Desenvolvimento de Competências	
APÊNDICE 2. Checklist dos ensinamentos a realizar ao prestador de cuidados do doente com Diabetes Mellitus tipo II	
APÊNDICE 3. Checklist dos temas a abordar com o cuidador/familiar no que concerne à gestão da dor	

APÊNDICE 4. Intervenções de Enfermagem ao cuidador/familiar do doente oncológico na gestão da dor

APÊNDICE 5. Apresentação dos resultados do trabalho de investigação

APÊNDICE 6. Formação “Avaliação da dor”

APÊNDICE 7. Panfleto sobre administração de terapêutica transdérmica

APÊNDICE 8. Formação sobre PBVT

APÊNDICE 9. Estratégia de pesquisa na Base de Dados MEDLINE (via Pubmed)

APÊNDICE 10. Tabela de extração de evidências

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de doenças crônicas, associada aos hábitos vinculados aos novos estilos de vida, em simultâneo com o fator de envelhecimento, impõe desafios significativos à saúde das populações e à capacidade de resposta dos serviços de saúde. Assim, torna-se imperativo adotar abordagens inovadoras para lidar com as múltiplas complexidades deste novo paradigma de saúde (Ministério da Saúde, 2018), emergindo a necessidade de se apostar na formação especializada dos enfermeiros, por forma a fornecer cuidados de enfermagem diferenciados em situações de saúde cada vez mais complexas e desafiadoras. Assim, o desenvolvimento de diferentes áreas de especialização em enfermagem surge como forma de adaptação aos novos contextos e necessidades na área da saúde, sendo a mesma impulsionada pela comunidade científica e pelo avanço tecnológico dos últimos anos (Jokiniemi & Miettinen, 2020).

A formação pós-graduada surge como resposta aos desafios da prática clínica que exige uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Neste âmbito, enfermeiros especialistas são elementos fundamentais, com uma contribuição significativa na qualidade dos sistemas de saúde, uma vez que adquiriram conhecimentos especializados, competências para a tomada de decisão e *know-how* adicional para providenciar cuidados de maior complexidade (Fukuda et al., 2020). Deste modo, a opção pela diferenciação e especialização assume-se como uma realidade dos profissionais de saúde, que procuram atualizar e mobilizar conhecimentos e aperfeiçoar competências técnicas, com o objetivo de assegurar uma abordagem ampla e especializada, garantindo a melhoria contínua dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019).

O Enfermeiro Especialista (EE) é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744). Este é detentor de conhecimentos técnico-científicos, capacidade de reflexão crítica, responsabilidade profissional, capacidade de liderança e tomada de decisão, bem como de competências relacionais, baseando sempre a sua atuação nos princípios éticos e deontológicos reguladores da profissão de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Espera-se que estes enfermeiros especializados sejam modelos profissionais e catalisadores da mudança nos serviços, motivando a restante equipa multidisciplinar para as boas práticas, focadas na melhoria dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu em Diário de República o perfil de competências comuns e específicas que o EE deve possuir. Relativamente às competências comuns, estão incluídos os domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019). Relativamente às competências específicas do Enfermeiro

especialista em médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, fazem parte: cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/ cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

De acordo com a OE, os cuidados especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar e domiciliar, que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e a adesão ao regime terapêutico, de forma a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O relatório de estágio que se apresenta foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (EMCPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Este documento integra o percurso formativo do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), desenvolvido em dois contextos clínicos. Estes decorreram no Serviço de endocrinologia, diabetes e metabolismo/reumatologia (SEDMR) da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra e na Unidade de tratamento da dor (UTD) do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), em Coimbra. Os períodos de estágio constituíram-se como oportunidades privilegiadas de contacto com a prática especializada e, deste modo, forneceram a oportunidade de aplicar no contexto prático os conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso de mestrado, permitindo o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas que caracterizam o EE.

Este relatório sintetiza as aprendizagens desenvolvidas nos dois contextos clínicos referidos. Tem como objetivos: descrever os contextos clínicos onde se desenvolveram os estágios; apresentar os objetivos de estágio; sintetizar as aprendizagens efetuadas e o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, nomeadamente o desenvolvimento de uma *scoping review*.

Na elaboração do presente relatório seguimos metodologias reflexivas, nomeadamente, a análise crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo deste período. Realizámos pesquisa bibliográfica em bases de dados como a MEDLINE (via Pubmed), Google Scholar e CINAHL (via EBSCO), quer para sustentar, com evidência científica atual, a análise crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo deste período, quer na componente de investigação desenvolvida. Para a concretização deste trabalho, foi ainda consultado o guia de estágio, onde constam as orientações para a elaboração do relatório final de estágio e o

guia de elaboração de trabalhos académicos, da ESEnfC.

Tendo em consideração os objetivos definidos, o trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira corresponde à vertente do estágio de natureza profissional e integra dois capítulos: o primeiro capítulo inclui a caracterização dos contextos de ensino clínico e o segundo capítulo aborda a análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo deste período, tendo como referência o Regulamento das Competências Comuns do EE, o Regulamento de Competências Específicas do EE em EMCPSC e outras fontes bibliográficas consideradas relevantes.

A segunda parte corresponde à componente de investigação, concretizada através da realização de uma *scoping review*, elaborada segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). A escolha do tema a desenvolver no trabalho de investigação decorreu do percurso desenvolvido ao longo dos estágios e que permitiu constatar a importância do cuidador informal tanto ao nível da gestão do regime terapêutico como ao nível da gestão da dor. Como a dor é uma temática de grande interesse para a formanda, o segundo local de estágio elegido foi uma unidade de tratamento da dor. Aqui, foi possível verificar que muitos dos doentes com dor crónica (DC) estão dependentes dos seus cuidadores informais quer na gestão dos autocuidados, quer no regime medicamentoso. Os doentes recorrem a esta consulta por processos de agudização ou dificuldades no controlo da dor. Os cuidados de enfermagem estão direcionados para a pessoa e para os seus cuidadores informais, procurando minimizar a dor e maximizar a continuidade dos cuidados, contudo a inexistência de documentos orientadores da atividade de enfermagem junto dos cuidadores informais, foi identificada como dificuldade numa abordagem estruturada e ajustada às suas necessidades. Assim, identificámos uma oportunidade de melhoria e propusemo-nos a realizar uma pesquisa que sustente a melhoria das práticas profissionais nesta área. Definimos a seguinte questão orientadora de pesquisa: Quais as dificuldades e fatores facilitadores identificados pelo cuidador informal na gestão da dor crónica do doente oncológico? Pretendeu-se, assim, mapear a evidência científica disponível relacionada com este tema e, a partir desta base teórica, construir uma checklist e uma proposta de procedimento capazes de nortear os profissionais na abordagem desta temática junto dos cuidadores informais, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Por fim será apresentada a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas na construção deste relatório.

Espera-se com este relatório demonstrar, numa perspetiva crítico-reflexiva, o percurso de aprendizagem e aquisição de competências comuns e específicas do EE, com a finalidade da obtenção do título académico de Mestre (Regulamento n.º 705/2021, 2021) e do reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros do título de Enfermeira Especialista em EMC na área da Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

O período de estágio constitui-se como um período desafiante, mas igualmente muito enriquecedor, com a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e aumento do pensamento crítico, conduzindo a um crescimento pessoal e profissional inquestionável. Na primeira parte deste relatório serão apresentados o enquadramento e a caracterização dos locais de estágio e, seguidamente, será realizada uma análise crítico-reflexiva acerca das atividades realizadas que sustentam o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC em cada um deles, tendo por base o projeto de estágio elaborado (Apêndice 1).

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

1.1 – SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO/REUMATOLOGIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

O SEDMR localiza-se no piso 7 da ULS de Coimbra. É aqui que funciona a unidade de internamento e o hospital de dia. As outras valências alocadas a estas especialidades, nomeadamente consulta de transição e consulta de bombas funcionam no piso 6, na zona correspondente às consultas externas. Existe ainda uma consulta do pé diabético, que se processa no polo Hospital Geral.

Relativamente ao serviço de internamento, a nível físico, este é constituído por um gabinete médico (onde se encontram equipas médicas distintas, da reumatologia e da endocrinologia), um gabinete do secretariado clínico (que dá apoio ao hospital de dia e ao internamento), dois gabinetes destinados ao Hospital de dia e um serviço de internamento com 19 camas, sendo que destas, 13 camas são destinadas a doentes de endocrinologia e 6 camas destinam-se a doentes de reumatologia. Cada uma destas equipas dispõe de 2 quartos individuais. Existem 3 quartos com 2 camas e outros 3 com 3 camas.

Um aspecto muito importante a mencionar relativamente a este serviço é que se trata de um serviço de acolhimento, o que significa que acolhe doentes de todas as especialidades, que não tenham vaga no serviço a que se destinam. As percentagens de camas determinadas para este efeito deveriam corresponder, no máximo, a 30% dos doentes da enfermaria, mas isto nem sempre acontece. Durante o ensino clínico, houve oportunidade de prestar cuidados a doentes da hematologia, cirurgia vascular e ortopedia, mas no tempo de permanência no serviço também se verificou a presença de doentes da neurologia e da urologia. Alguns eram transferidos rapidamente e outros acabavam por nunca o ser, permanecendo neste serviço todo o tempo que decorria o internamento. Relativamente a estes doentes, existiu

oportunidade de testemunhar algumas situações menos positivas, nomeadamente a dificuldade de contacto com a equipa médica responsável pelo doente e, muitas vezes, as informações e indicações médicas por telefone. Acresce-se o desafio colocado aos enfermeiros ao prestar cuidados a doentes de múltiplas especialidades, cada um deles com a sua especificidade.

A equipa de enfermagem do internamento é composta por 20 elementos e pela enfermeira gestora. Dos enfermeiros mencionados, apenas um é especialista em Médico-cirúrgica, a enfermeira tutora, que permanece em funções de gestão aquando da ausência da enfermeira gestora e que é o elo, no serviço, do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (SPCIRA). Existem ainda 2 enfermeiros com a especialidade de reabilitação. Ao hospital Dia estão alocados 4 enfermeiros.

Este serviço recebe doentes provenientes do Serviço de Urgência e também doentes eletivos, com internamentos programados pela sua equipa médica, para realização de exames complementares de diagnóstico, otimização da sua situação clínica, etc.

No que concerne à organização da prestação de cuidados, o método de organização dos cuidados de enfermagem que vigora neste serviço é o método de distribuição individual, que consiste na abordagem de assistência total ao cliente atribuído a cada enfermeiro em cada turno, ou seja, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno (Ventura-Silva et al., 2021).

A distribuição dos doentes pelos enfermeiros é realizada pela enfermeira gestora no turno da manhã e da tarde. Relativamente a esta distribuição, há a mencionar um aspeto dificultador da consecução dos objetivos definidos para o ensino clínico e este foi a ausência, em alguns dos turnos realizados, de doentes distribuídos à enfermeira tutora que necessitassem de cuidados onde poderia evidenciar a minha aprendizagem a nível da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica. Isto refere-se, por exemplo, a doentes com diabetes Mellitus inaugural, doentes com identificação de diagnóstico de não adesão ao regime terapêutico, ... Assim, optou-se por procurar oportunidades de desenvolvimento de competências junto de doentes distribuídos a outros enfermeiros, com o seu conhecimento e consentimento.

Os modelos de enfermagem implementados no serviço vão de encontro aos que fazem parte do quadro conceptual da instituição, nomeadamente: Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, Teoria das Transições de Afaf Meleis e Modelo de Calgary de Avaliação da Família (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2022). Todos estes referenciais orientam os cuidados de enfermagem no serviço e estão devidamente espelhados nos sistemas de informação e documentação dos cuidados. Relativamente à teoria do Défice de autocuidado, os enfermeiros do serviço promovem a independência do doente, assistindo-

o ou substituindo-o na sua competência funcional apenas se necessário. É realizada uma avaliação na fase inicial de internamento, com a respetiva identificação dos diagnósticos relativos ao autocuidado e a sua atualização ao longo do internamento. No que concerne à teoria das transições, esta também é colocada em prática no serviço recorrentemente, até porque os doentes aqui internados muitas vezes encontram-se numa situação de transição saúde-doença (caso dos diagnósticos de Diabetes inaugural, por exemplo) que é necessário avaliar amiúde. Todo este processo é muito bem documentado a nível dos sistemas informáticos, sendo frequentemente identificados diagnósticos relativamente à aceitação do estado de saúde, gestão do regime terapêutico e não adesão ao regime terapêutico.

No que se refere ao Modelo de Calgary, este encontra-se presente na avaliação inicial realizada, através da avaliação estrutural (interna, externa e contexto), da avaliação de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e da avaliação funcional (instrumental e expressiva). Esta avaliação pode conduzir à identificação de diagnósticos de enfermagem, particularmente no que concerne ao prestador de cuidados, se for esse o caso.

A equipa de enfermagem, no que concerne apenas ao internamento, é constituída por 20 enfermeiros, notoriamente insuficientes para as necessidades do serviço, conseguindo-se assegurar o número convencionado de enfermeiros (número habitual de enfermeiros) para cada turno à custa da perda de dias de descanso dos mesmos. A equipa encontra-se, portanto, extremamente cansada. Apresenta uma elevada taxa de absentismo, com atestados de longa duração em que não foi efetuada a devida substituição temporária destes elementos. De acordo com o Regulamento nº 533/2014 (2014), as ausências prolongadas (maiores ou iguais a 30 dias) devem ser substituídas para assegurar a manutenção da adequação das horas de cuidados às necessidades dos cidadãos e assim continuar a garantir dotações seguras. Como referido, não é isto que acontece neste contexto.

Decorrente desta situação, também a formação em serviço, o tempo destinado para grupos de trabalho e a própria realização de auditorias no âmbito da SPCIRA e de projetos institucionais como a Prevenção de Quedas e de úlceras por Pressão, se afiguram como situações difíceis de programar, face à condicionalidade de recursos humanos disponíveis.

No que concerne à relação estabelecida entre os vários profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente, pode-se afirmar que é uma relação, no geral, cordial, de respeito, de estreita colaboração e com delegação de tarefas, quando necessário. A equipa médica faz uma visita médica diariamente, de manhã, com a presença da enfermeira gestora, que depois transmite a cada um dos enfermeiros as informações relevantes resultantes da mesma.

1.2 – UNIDADE DE TRATAMENTO DA DOR DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA

O IPOFG de Coimbra é um centro oncológico multidisciplinar de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade abrangente nas áreas da prevenção,

diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando cuidados que correspondam às necessidades de cada doente, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis (Regulamento Interno do IPOFG de Coimbra, s.d.).

A UTD dá resposta a doentes oncológicos com DC, com referência interna na instituição, por qualquer clínico que avalie a sua necessidade. Este serviço situado no Piso 1 do edifício do Ambulatório, imagiologia e administração é constituída por quatro áreas: um gabinete de consultas, onde decorrem maioritariamente as consultas multidisciplinares (presença simultânea do médico e da enfermeira), uma sala com duas camas, disponível para tratamentos (à 2af reservada para os tratamentos com adesivo de capsaïcina) e onde se realizam as terapias não farmacológicas de alívio da dor, uma sala com cama e cadeirão e capacidade para colocação de uma maca, que funciona maioritariamente como hospital de dia e uma sala comum, que dá acesso a estes três gabinetes e que poderá, em casos excecionais, funcionar também como gabinete de consulta e como local de realização de ensinamentos de enfermagem, com a devida preservação da privacidade dos doentes/famílias/cuidadores. As consultas são marcadas com periodicidade variável, conforme a dor se encontre ou não controlada. Normalmente procura-se ajustar com outras marcações do doente nesta unidade hospitalar, evitando assim a deslocação adicional. Dada a sua situação oncológica, todos os doentes têm direito a transporte em ambulância, solicitada pela equipa médica.

Pela proximidade da UTD com os gabinetes de outras especialidades médicas, nomeadamente a endocrinologia e os cuidados paliativos, frequentemente, as unidades deste serviço são solicitadas para a realização de cuidados de enfermagem de doentes destas consultas, implicando um fluxo de pessoas elevado, entre doentes, familiares e enfermeiros responsáveis por esses doentes. Esta realidade, por um lado evidencia a colaboração existente entre os diferentes profissionais, mas por outro lado limita a privacidade e dificulta o estabelecimento de uma comunicação efetiva com os doentes e familiares.

A equipa multidisciplinar responsável pelo tratamento de dor é constituída por médicos, enfermeiros, psicóloga e assistente social, existindo ainda a possibilidade de referência para a nutricionista. Relativamente à equipa médica, esta inclui uma médica residente, especialista no tratamento da dor e existe ainda a possibilidade de contactar outros médicos anestesistas (também com especialidade da dor) escalados para dar apoio nesta consulta quando esta se encontra ausente ou o volume de doentes o exige. A equipa de enfermagem é constituída por 3 enfermeiros, uma enfermeira de cuidados gerais e dois enfermeiros especialistas, um em EMC e um em Enfermagem Comunitária. Os enfermeiros especialistas têm uma vasta experiência na abordagem do doente com dor, encontrando-se há largos anos neste serviço. Promovem

anualmente formação nesta área para as restantes equipas de saúde e partilham o trabalho resultante dessa formação no fórum “S. Dor”, onde procuram sensibilizar toda a comunidade hospitalar para esta temática com a apresentação de casos práticos. Alguns enfermeiros, nomeadamente os especialistas, acumulam responsabilidades como elos do serviço em diferentes grupos de trabalho e fazem igualmente parte de grupos institucionais de diversas áreas. Assim, o EE em EMC é elo do SPCIRA e é membro do gabinete de ética e do GASIE (Grupo de análise dos sistemas de informação de enfermagem). A EE em enfermagem comunitária, por sua vez, é responsável pela formação, fazendo a divulgação das várias ações desenvolvidas a este nível.

O serviço conta ainda com o importante contributo de uma técnica auxiliar de saúde, responsável pela manutenção de todos os espaços da unidade. Prestam ainda cuidados neste espaço da unidade de tratamento da dor, uma equipa de enfermeiros da instituição, oriundos de vários serviços, com formação específica em terapias não farmacológicas de alívio da dor, que aqui prestam cuidados nesta área, todas as semanas, às 3as e 4as feiras. As terapias mais comumente aplicadas são a massagem terapêutica, a musicoterapia e a aromaterapia. A referenciação é realizada pela médica presente no serviço, mediante a avaliação do doente. A gestão da agenda destas terapias é da responsabilidade da equipa de enfermagem. Os doentes realizam um total de 8 sessões, com periodicidade semanal, fazendo depois um interregno. Em caso de necessidade, há a possibilidade de retomar estas sessões terapêuticas várias vezes no decorrer do tratamento.

A consulta da dor é realizada em parceria médico-enfermeiro. O enfermeiro encontra-se presente durante a consulta, procedendo à recolha de dados para identificar problemas reais ou potenciais que carecem de intervenção, realizando diagnósticos de enfermagem e planeando e executando as intervenções adequadas. É realizada a avaliação da dor e a sua evolução desde a última consulta, tendo em conta o relato pessoal, a identificação das características da dor e as suas implicações a nível emocional, social e laboral. No caso da dor neuropática, assume-se como de especial relevo a validação dos descritores utilizados para fenómenos de hiperalgesia, alodinia ou hipoestésias, sensação de queimadura, frio doloroso, formigueiro e dormência, entre outros. Nesta consulta, o método de avaliação da dor utilizado é a Escala Numérica de Dor, presente no gabinete em formato de papel. Esta escala é explicada ao doente pela médica, sendo-lhe solicitado que dê uma numeração correspondente à sua dor naquele momento. Se a dor identificada for superior a 6, mediante o assentimento do doente, é-lhe fornecida a medicação analgésica adequada.

Um dos objetivos da consulta da dor é estabelecer metas terapêuticas, através do fornecimento de informação clara e objetiva acerca da finalidade do tratamento farmacológico e não farmacológico ministrado, com enfoque na gestão de expectativas relacionadas com a cronicidade da dor e ressaltando a dificuldade na resolução definitiva das situações de dor. É

realçado que, por vezes, não é possível que a pessoa viva sem a presença de dor, sendo o objetivo reduzir o score de dor ao mínimo possível (normalmente abaixo de 3) e o seu impacto na qualidade de vida. Assim, é elaborada uma tabela terapêutica personalizada, onde é realizada a sistematização do regime terapêutico proposto, incluindo os fármacos prescritos em SOS para gerir sintomas agravados ou iatrogénicos. Esta tabela terapêutica é explicada ao doente/família/cuidador de forma cuidadosa. São esclarecidas dúvidas e é fornecido o contacto telefónico do serviço para elucidação de eventuais questões que surjam posteriormente e/ou para o caso de existir um agravamento da dor. A progressão na medicação analgésica é realizada tendo em conta a Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde.

Para os doentes com diagnóstico de dor neuropática, como é o caso da dor neuropática induzida por quimioterapia ou dor neuropática pós-cirúrgica, existe disponível nas Unidades de Dor, o tratamento com a Capsaicina patch – adesivo de Capsaicina 8% - cuja aplicação é realizada apenas em âmbito hospitalar. Na consulta prévia a este tratamento, é realizado o exame físico para a identificação da área de dor que será submetida a tratamento. A aplicação do adesivo cutâneo de Capsaicina, vigilância e ensino sobre os cuidados durante e após o tratamento são intervenções de enfermagem. Esta técnica é realizada todas as 2as feiras no serviço, aos doentes com indicação médica para tal e estes referem resultados muito positivos com este tratamento.

A UTD articula-se com os outros serviços da instituição, nomeadamente com os serviços de internamento. Quando solicitado por estes serviços, a equipa médica e de enfermagem dão apoio ao tratamento de doentes com dor não controlada. Do mesmo modo, quando, na consulta da dor, o médico identifica a necessidade de internamento até o doente apresentar um quadro mais estável e controlado ao nível da dor, este é internado no serviço mais adequado. Esta assume os cuidados centrados na pessoa como filosofia da sua intervenção, respeitando a promoção da dignidade, compaixão e respeito; a disponibilidade de cuidados, suporte e tratamentos coordenados e personalizados, assim como a intervenção no desenvolvimento de conhecimento e capacitação dos doentes, objetivando a sua autonomia e vida plena, ao identificar as potencialidades individuais de cada pessoa. Neste serviço, o foco dos cuidados de enfermagem especializados é a pessoa que vive com dor crónica oncológica e não a dor isolada, em si mesma, o que tem repercussão no próprio processo de conceção de cuidados de enfermagem, que não se centra na dor, mas numa visão holística daquela pessoa, com necessidades próprias, suscetíveis de se irem permutando ao longo do seu percurso de vida.

A consulta externa de tratamento de dor e a realização de técnicas invasivas de controlo de dor (também realizadas na unidade da dor) são muito relevantes pela sua especificidade no tratamento da dor crónica, resultando na gestão da polimedicação e ajuste da prescrição terapêutica apropriada à situação clínica, evitando assim o consumo de fármacos sem evidência de resposta neste tipo de dor. Esta consulta permite, ainda, diminuir a procura de

serviços de saúde de forma inapropriada por falta de resposta de uma equipa especializada na dor e tem como objetivo final a melhoria da qualidade de vida de quem vive com DC (neste caso em contexto oncológico) e sua família/cuidador.

2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019) da OE, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados...” (p. 4744), o que presume que este seja detentor de um conjunto de competências comuns aplicáveis em vários contextos de prestação de cuidados de saúde. Já o Regulamento nº 429/2018 (2018), da OE, apresenta a descrição das competências específicas do EE em EMC e também servirá de base a uma análise crítico-reflexiva acerca das atividades realizadas em estágio que conduziram a uma consolidação de conhecimentos e à aquisição das competências atrás referidas.

A realização de estágios em locais de prática clínica real, é basilar nesta fase, por forma a fomentar a aquisição de competências profissionais especializadas, através da estimulação da observação, análise e intervenção clínica concreta, que promovem o desenvolvimento de competências, o que justifica a pertinência da sua realização em diferentes contextos (Ozdemir, 2019). O intuito destas interações reais é integrar, mobilizar e estimular os conhecimentos aprendidos no domínio teórico, conducentes ao desenvolvimento de comportamentos, atitudes e capacidade de resolução de acordo com as competências especializadas, tendo sempre subjacente um pensamento crítico-reflexivo (Ozdemir, 2019). Assim, pretende-se que durante o período em que decorre o estágio, ocorra a promoção, aquisição e consolidação de competências especializadas enquanto futura EE em EMCPSC. A este respeito, Patrícia Benner, teórica de enfermagem, refere que os enfermeiros se vão tornando peritos, desenvolvem as suas competências e compreendem o cuidado ao doente de uma forma mais segura, desde que tenham uma boa base pedagógica, assim como uma variedade de experiências sustentadas e, como tal, os estágios são um complemento crucial no desenvolvimento de competências do EE (Benner, 2001). E é precisamente isto que a formanda se propôs realizar ao longo deste percurso de mestrado.

2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Oliveira et al. (2015) referem que a competência é um componente essencial que visa a qualidade e a segurança, sendo de elevada importância a sua aquisição de forma a promover a prestação de cuidados de qualidade, com maiores níveis de segurança para o doente. A conceção de competência exprime-se pelo exercício do conhecimento efetivo, acreditado e avaliado pelos pares, sobre domínios específicos do saber, com reflexos na prática profissional (Amaral & Figueiredo, 2021).

A enfermagem e a sua evolução enquanto ciência com corpo de conhecimento próprio implica que os enfermeiros acompanhem esta evolução, adotando uma postura proactiva, através da procura de formação diferenciada e do desenvolvimento de competências especializadas,

decorrentes do aprofundamento das competências do enfermeiro generalista. É neste contexto que surge a especialização em enfermagem, com o desenvolvimento de competências comuns, partilhadas pelos enfermeiros especialistas das diferentes áreas, através da capacitação para a conceção, gestão e supervisão de cuidados, alicerçado na prática baseada na evidência assim como na investigação, assessoria e formação, presentes no Regulamento n.º 140/2019 (2019). O EE desenvolve competências comuns em quatro domínios, expostos no artigo 4º do Capítulo II do Regulamento n.º 140/2019 (2019), sendo elas:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste capítulo será analisado o desenvolvimento de cada um dos domínios das competências comuns do EE numa perspetiva crítico-reflexiva.

2.1.1 – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A preocupação com a ética profissional e o respeito pelos direitos humanos são presença constante ao longo de toda a vida profissional. De acordo com a OE (2015a), os princípios gerais orientadores da prática de enfermagem são a responsabilidade profissional, a excelência do exercício na profissão e o respeito pelos direitos humanos. Encontra-se explícito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 8º, que o enfermeiro, no exercício das suas funções, deve atuar de forma responsável, ética e respeitosa no que concerne, tanto aos direitos, como aos interesses dos cidadãos aos quais presta cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). No Código Deontológico, por sua vez, encontram-se referidos direitos tão fundamentais como o direito à vida e qualidade de vida, o dever de informação e o dever do sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). No que se refere ao sigilo profissional, este é um dos deveres mais solidamente afirmados ao longo das décadas na ética profissional da Enfermagem e, para além de ser uma exigência profissional, é um fator facilitador do respeito pela intimidade pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste seguimento, o EE sustenta a sua prática profissional em princípios éticos, deontológicos e legais, relativamente à pessoa alvo dos seus cuidados e à sua família ou cuidador. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), considera-se a pessoa como um ser individual, social, único, com dignidade própria e comportamentos intencionais, de acordo com os seus valores, crenças e desejos e ainda com direito a autodeterminar-se. Assim, o enfermeiro intervém junto da mesma respeitando os

princípios éticos em cuidados de saúde, tais como o princípio da beneficência, da não maleficência, do respeito pela autonomia e da justiça, desenvolvidos pelo modelo principialista de Beauchamp & Childress (1989), utilizando-os como princípios estruturantes da sua atividade profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Relativamente ao princípio do respeito pela autonomia, a Ordem dos Enfermeiros (2015b) refere que este se relaciona com a liberdade de escolha de ação de cada um, para estabelecer os seus objetivos, de acordo com os valores e crenças pessoais. A tomada de decisão livre e esclarecida implica que os profissionais de saúde forneçam todas as informações necessárias e esclareçam as dúvidas eventualmente existentes, tornando assim a tomada de decisão da pessoa consciente, livre e informada. Neste âmbito, o consentimento informado e esclarecido torna-se uma forma de cumprimento deste princípio, dando à pessoa a possibilidade de aceitar ou recusar determinado tratamento, quando reunidas as condições para tal, nomeadamente os adultos sem alterações cognitivas definitivas ou temporárias. Cabe ao enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, tal como é referido no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Durante os estágios realizados, foi fomentado o envolvimento da pessoa no seu processo terapêutico, respeitando a sua autonomia, através da sua participação na tomada de decisão, informando-a adequadamente e solicitando o seu consentimento para todas as intervenções, como por exemplo nas colheitas de sangue e na realização de tratamentos, nomeadamente, a administração de medicação. Deste modo, em ambos os contextos, na realização de intervenções de enfermagem estiveram sempre presentes os deveres éticos e morais, que regem a conduta do EE.

A DC tem um impacto significativo no quotidiano da pessoa, com repercussões sociais, laborais e no autocuidado (Şentürk et al., 2023). Assim, é muito importante que exista uma diminuição do nível de dor para, pelo menos, níveis adequados que permitam à pessoa conseguir desempenhar as suas atividades diárias com a melhor qualidade de vida possível. Durante o decorrer do estágio na UTD, foram inúmeras as vezes em que os doentes chegavam à consulta, com expectativas irrealistas acerca do tratamento da dor, pois acreditavam que o tratamento farmacológico ia fazer desaparecer a dor completamente. Em muitos casos, isso não era possível e era realizada a importante tarefa da gestão de expectativas relativamente à eficácia absoluta do tratamento. O objetivo era diminuir a dor até níveis aceitáveis (até ao valor de 3 na escala numérica), otimizando o controlo da dor para permitir desta forma que os doentes conseguissem realizar as suas atividades de vida sem que esta se constituísse como um impedimento. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. A equipa multidisciplinar deve assumir um compromisso na abordagem da dor, sendo este fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento e devendo incluir a participação da

pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, os enfermeiros, profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o doente, devem assumir a dor como um dos focos de atenção, contribuindo para a satisfação do doente, o seu bem-estar e o autocuidado. Deste modo, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Durante o referido estágio, verificou-se que o EE assumia um papel ativo nas consultas, realizando uma avaliação das necessidades da pessoa/família/cuidador a nível de ensinamentos, nomeadamente acerca da medicação transdérmica, dos efeitos colaterais dos opióides, dos mitos existentes acerca dos mesmos, passíveis de interferirem na adesão terapêutica,... Era igualmente realizada uma avaliação do doente no sentido de perceber quais os domínios da vida do mesmo afetados pela dor, nomeadamente a vertente psicológica, o sono, as condições socioeconómicas, laborais e a situação familiar, de forma a intervir adequadamente em qualquer domínio que se encontrasse afetado. Se necessário, era feito o encaminhamento para a assistente social ou para a psicóloga. Era frequente também o doente chegar à consulta com uma dor intensa, detetada aquando da avaliação da dor e, nesse momento, era-lhe oferecida medicação analgésica, comumente morfina e dexametazona, por via subcutânea. Alguns doentes apresentavam alguma relutância, ou porque não queriam mais injeções ou pelas ideias pré-concebidas acerca dos opiáceos. Importa, nestes casos, desmistificar estas ideias e transmitir informação clara, objetiva e explícita acerca do benefício/risco da administração deste tipo de medicação e, de seguida, atuar conforme a decisão livre e esclarecida do doente.

A prestação de cuidados está sempre alicerçada no respeito pelo doente, pela sua humanidade e individualidade, sem esquecer aspetos igualmente importantes como garantir a privacidade, dignidade e confidencialidade da pessoa e respeitar os seus valores e crenças. O direito à privacidade e à confidencialidade encontra-se regulamentado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019) e este implica que a informação recolhida deverá ser apenas utilizada para fins de diagnóstico e terapêutica e elaboração e atualização do plano de cuidados, sendo que a partilha de informações clínicas não autorizadas pela pessoa incorre em infração jurídica. A mesma Lei determina também que o EE tem o dever de guardar sigilo sobre informações pessoais no âmbito do exercício da sua atividade profissional.

Assim, considera-se que foram respeitados, nos dois estágios, os aspetos acima mencionados. Sempre que foram realizados cuidados de higiene no leito, por exemplo, foi efetuada a colocação de um biombo, para garantir a privacidade e dignidade da pessoa e na realização de colheita de informação clínica e de ensinamentos, foi sempre tida em conta, dentro do possível, a privacidade e individualidade da pessoa, através da sua realização em locais

adequados, de acordo com as características físicas e funcionais dos serviços. No SEDMR, o facto de não existir um local próprio para ser realizada uma avaliação inicial, sem ser na unidade do doente, muitas vezes com a presença de outro (s) doentes constituiu-se como uma situação geradora de dúvidas a nível ético. Foi realizada uma reflexão com a enfermeira tutora, mas chegou-se à conclusão que realmente não existe nenhuma solução viável para este problema, pois a nível do espaço físico, não existe nenhuma sala disponível para o efeito.

Segundo o Código Deontológico, respeitante à excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem olvidar a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Deste modo, pensa-se ter realizado uma prestação de cuidados segura e profissional, priorizando a vertente técnica e educacional, mas nunca descurando a vertente humana, a individualidade e as preferências de cada uma das pessoas com doença crónica.

O EE é responsável pela promoção da proteção dos Direitos Humanos e do respeito pelas escolhas individuais, no âmbito dos cuidados especializados, garantindo assim a segurança, a dignidade e respeito pela individualidade de cada pessoa que cuida (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Todos estes aspetos foram garantidos nos períodos de estágio. No estudo de caso realizado no serviço de endocrinologia, por exemplo, tínhamos uma pessoa que, devido ao seu histórico familiar de diabetes Mellitus, possuía uma crença em saúde que o não cumprimento do regime medicamentoso não teria repercussões a nível da sua saúde. Foi necessário informar acerca deste assunto e elucidar acerca das consequências de não o fazer. Um outro exemplo muito simples em que se teve em conta os costumes da pessoa é na adequação da dieta, como é o caso dos doentes vegetarianos, em que é necessário garantir que é cumprida esta sua opção.

A DC assume-se, por si só, como uma condição subjetiva, em que temos de assumir a sua avaliação conforme o que a pessoa diz sentir, não sendo possível a sua mensuração através de outro meio que não seja este. Na ausência desta componente objetiva, a pessoa com DC pode-se sentir incompreendida, com medo da sua dor não ser considerada credível e, por esta razão, existe por vezes a tendência de sofrer em silêncio, de não verbalizar as queixas por receio de se considerar que está a amplificar a sua dor. Esta situação acarreta impacto a nível emocional e pode comprometer a relação com o profissional de saúde. Assim, no estágio realizado na UTD, revelou-se imprescindível garantir que o doente se sentia sempre acolhido, com abertura para ser verdadeiro e estar a salvo de julgamentos de qualquer ordem.

No estágio realizado em contexto de internamento, colaborou-se, também, na garantia do cumprimento da carta dos direitos do doente internado, nomeadamente no que diz respeito à continuidade de cuidados (mantida através da realização de carta de alta de Enfermagem), ao direito que lhe assiste de ser informado sobre a sua situação de saúde, ao seu direito à

confidencialidade e ao direito que tem a ser visitado pelos seus familiares e amigos. No que se refere ao último item mencionado, no SEDMR, eram sempre comunicadas ao doente, aquando da entrada no serviço, as normas instituídas no que concerne às visitas, abrindo-se exceções quando tal se justificasse. A colocação de biombos durante a prestação de cuidados, já referida em cima, garante a privacidade da pessoa na prestação de cuidados diretos ou procedimentos invasivos, conforme o constante a carta de direitos e deveres do doente internado (Direção-Geral da Saúde, s. d.).

Um dos grandes focos de preocupação no SEDMR era a preparação para a alta. Por esta razão, existia um grande cuidado em perceber quais os focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções a realizar a cada doente/família/cuidador, de forma a capacitá-los para uma gestão eficaz da sua doença no domicílio. Por parte da equipa de enfermagem, eram feitos os ensinamentos possíveis, dentro do tempo de internamento, sendo que este normalmente não é muito prolongado. Neste contexto, um dos objetivos estabelecidos com a tutora neste estágio foi colaborar na identificação de situações que possam comprometer a segurança da pessoa com doença crónica, nomeadamente no que se refere à preparação para a alta (ensinos à pessoa e prestador de cuidados). Em todas as situações identificadas, existiu um papel ativo e interventivo junto da equipa médica, no sentido de pedir a colaboração de outros técnicos de saúde e mesmo de existir o prolongamento do internamento até estarem reunidas todas as condições para uma alta clínica em segurança.

O EE deve ser um profissional de referência, que estabelece com o doente/família/cuidador uma relação de confiança, empatia e não julgamento. Neste contexto, no estágio realizado na UTD, verificou-se que, como a equipa de enfermagem se mantinha estável e os doentes tinham um seguimento muito prolongado no tempo nesta consulta, já existia um conhecimento por parte da equipa de enfermagem acerca da situação de cada um deles e o estabelecimento de uma relação de proximidade e familiaridade, o que se constituía como um fator gerador de segurança e estabilidade para os doentes. Neste contexto, a família e os cuidadores assumem, também, um papel muito importante na realidade de alguém que sofre de dor crónica. É importante alertar para a compreensão das limitações que a dor pode apresentar, sobretudo em períodos de agudização e para a importância de valorizar sempre a dor do doente. Quando isto não acontece e existe um julgamento por parte da família e cuidadores, as consequências podem ser devastadoras ao nível da saúde emocional e psicológica da pessoa, que sente comprometida a sua autonomia e bem-estar. Durante o período de estágio, a experiência vivida na UTD foi exatamente a oposta. Foram identificados familiares/cuidadores extremamente preocupados, solícitos, com uma disponibilidade permanente para colaborar no sentido de aliviar a dor da pessoa e prestar todos os cuidados necessários. Foi identificada uma situação, de uma esposa de um doente oncológico com dor, aparentemente não controlada, extremamente ansiosa e apelativa, que ela própria

exacerbava a dor do marido. Por referir dor intensa na consulta, o doente foi medicado e foi encaminhado para uma das camas disponíveis na unidade, para poder descansar e lhe serem oferecidas condições favorecedoras ao alívio da dor (ficou deitado na sua posição de conforto, com pouco ruído e diminuição da luminosidade). A esposa permaneceu junto dele, fazendo frequentes questões aquando da presença dos enfermeiros, nomeadamente porque é que o doente tinha tantas dores e se não havia maneira de lhe tirar as dores completamente, juntamente com questões acerca da sua condição clínica. Nos períodos em que se ausentava e que coincidiam com a presença do enfermeiro, verificava-se que o doente ficava com fâcias mais relaxado, disponível para responder a questões orientadas e desenvolvendo algumas delas, por iniciativa própria. Portanto, a gestão da dor em todas as suas vertentes e das expectativas e dúvidas do doente e da família é uma tarefa que se reveste de grande complexidade e que requer intervenção especializada do EE.

Não obstante, a família/cuidador constituem-se como uma parte muito importante do processo de adaptação à doença crónica, sendo que também devem ser alvo de cuidados por parte do EE, dado que a sua ação especializada pode contribuir para estes se tornem agentes facilitadores da transição que a pessoa com doença crónica está a vivenciar. O seu envolvimento em todo o processo de doença e tratamento, deve ser fomentado, e esta foi uma realidade presente durante os estágios realizados. O EE tem a responsabilidade de disponibilizar informação e promover estratégias adaptadas, ao contexto da pessoa, de forma a capacitar a mesma, a família e os cuidadores no processo de gestão da doença. É essencial garantir que a informação transmitida seja clara, completa, concisa e concreta: clara para assegurar que todos os envolvidos compreenderam a mensagem de forma inequívoca, evitando ambiguidades ; completa, o que implica fornecer todas as informações relevantes e necessárias para capacitar os intervenientes, certificando-se de que entenderam totalmente a informação; concisa para manter o foco na mensagem essencial e evitando a perda de interesse e compreensão; concreta, de modo que a informação seja específica e fundamentada em factos, para garantir a sua precisão e credibilidade (Santos & Grilo, 2021). Cabe ao EE ter em conta vários aspetos importantes, no que concerne ao doente, mas também a quem o acompanha, nomeadamente a interação do familiar/cuidador com o doente e os sinais de sobrecarga do cuidador, que enfrenta enormes encargos físicos e mentais ao assumir a responsabilidade de ser cuidador de um doente com doença crónica (Tsuji et al., 2022).

O EE é responsável por promover o conhecimento adequado à pessoa, ao aliar a educação para a saúde e o desenvolvimento de estratégias para a autogestão da situação crónica de doença. Em contexto de consulta, torna-se impreterível que o profissional de saúde forneça informações sobre o conceito de dor crónica, os objetivos terapêuticos e o plano de cuidados, de forma a gerir as expectativas da pessoa quanto à resolução definitiva da dor. Encontra-se

definido no artigo 7º da Lei n.º 15/2014 (2014) presente no Diário da República, que a pessoa tem direito à informação sobre a sua situação de saúde, opções de tratamento e evolução provável do seu estado de saúde, com informações objetivas, completas e inteligíveis.

No primeiro contacto com o doente na Unidade de tratamento da dor, é realizada uma colheita de dados, no sentido de caracterizar a dor do doente, perceber as limitações impostas pela presença da dor e os fatores de alívio/agravamento da mesma, bem como é feita uma avaliação da situação sociofamiliar e profissional. Faz-se ainda a colheita de informação relativa aos fármacos já utilizados/em utilização no controlo da dor. É realizada a apresentação da equipa, de modo a estabelecer uma relação terapêutica eficaz e explicado o objetivo da consulta de tratamento de dor. É sublinhado que nesta consulta apenas se trata a dor, pois muitas vezes os doentes orientam as suas questões para a patologia e respetivos tratamentos, e estes assuntos são discutidos em outras especialidades. De seguida, é realizado o planeamento de cuidados, tendo em conta a autonomia técnico-científica do enfermeiro, de acordo com o código deontológico que o orienta, bem como a ação de cooperação e articulação, com outros profissionais, nomeadamente o médico, na perspetiva de uma relação interdependente ou complementar (Regulamento n.º 613/2022, 2022). Cabe ao enfermeiro avaliar e identificar os fatores intrínsecos da pessoa que sejam facilitadores ou dificultadores do seu processo de transição saúde-doença, tendo este ainda o dever de contribuir para o desenvolvimento das potencialidades de cada um e respeitar a individualidade de cada pessoa. Segundo o constante na Lei n.º 15/2014 (2014), o respeito pela pessoa e a humanização dos cuidados é um direito do utente dos serviços de saúde e, sendo o EE um dos elementos da equipa de saúde, é também responsável por assegurar que esses direitos são salvaguardados e cumpridos na prestação de cuidados. A confiança é, igualmente, um valor central que emerge do comportamento ético e de credibilidade do enfermeiro, assumindo-se como um pilar fundamental na relação interpessoal entre os profissionais de saúde e as que pessoas alvo dos cuidados. Esta possibilita que o doente possa exprimir os seus sentimentos e as suas preocupações relativamente à sua situação de saúde, permitindo ainda que o enfermeiro possa efetuar uma recolha de dados relevantes para o processo terapêutico (Deodato, 2017).

No decorrer dos estágios foram várias as situações onde foi necessário tomar decisões, recorrendo aos princípios, valores, normas deontológicas, normas institucionais e evidência científica. Em todas elas, foi realizada uma partilha de ideias com os enfermeiros tutores, por forma a perceber qual a melhor forma de atuação. O reconhecimento da necessidade de pedir ajuda, quando alguma situação se encontrava fora do limite das competências e conhecimentos da formanda, esteve sempre presente durante o estágio, pelo que a sua atuação se pautou sempre pela segurança na prestação de cuidados, solicitando o apoio de outros profissionais de saúde quando necessário. Assim, o EE deve ser detentor de

capacidade crítico-reflexiva perante situações que suscitem dúvidas e/ou dilemas éticos, ajustando as respostas de forma a promover a qualidade e a segurança dos cuidados.

Em jeito de conclusão, foi desenvolvida, ao longo dos estágios, uma prática profissional e ética, respeitando os direitos e deveres do doente e profissionais. Os cuidados de enfermagem prestados foram adequados e seguros, centrados no doente e respeitando a sua dignidade e autonomia. A formanda participou na construção da tomada de decisão em equipa, aferindo os resultados e partilhando os mesmos, fomentando a prática especializada. No domínio das competências ético-deontológicas foram respeitados os princípios éticos fundamentais, o que inclui garantir a confidencialidade das informações, incentivar a participação do doente/família/cuidador nas decisões sobre os cuidados de saúde e garantir a integridade e privacidade dos cuidados prestados.

2.1.2 – Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo o Regulamento nº140/2029, O EE desenvolve práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua. A necessidade de construir um referencial teórico para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade deu origem, em 2017, ao documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A melhoria contínua da qualidade, à qual estão fortemente vinculadas a tomada de decisão e a prática baseada na evidência (Connor et al., 2023) é uma das competências fundamentais do EE, contribuindo para o crescimento da enfermagem enquanto ciência e tendo como referencial o documento supracitado.

Neste âmbito, a formanda, no período inicial dos estágios, realizou uma consulta da informação existente nos serviços relativa a protocolos e eventuais programas de melhoria contínua em que houvesse a possibilidade de participar.

Relativamente ao SEDMR, foi realizada uma consulta da informação existente no serviço acerca de protocolos, ensinamentos a realizar e outros assuntos e dúvidas que surgiam no dia-a-dia de ensino clínico. Encontravam-se em aplicação no serviço os projetos institucionais da “Prevenção de Quedas” e “Prevenção de Úlceras por pressão”. Surgiu a oportunidade de assistir, como formanda, a uma formação em serviço com abordagem destes temas, que se mostrou muito enriquecedora e permitiu até uma comparação entre duas realidades distintas e dois papéis distintos, o de profissional a trabalhar noutro serviço e o de aluna da especialidade a realizar estágio noutro serviço. Nesta formação, tomou-se conhecimento das normas/ práticas em vigor no serviço a estes dois níveis, pois os enfermeiros responsáveis pela formação são os respetivos elos institucionais. No momento do estágio, não existia nenhum programa de melhoria contínua desenhado e implementado especificamente pelo

serviço, mas estava a ser desenvolvido um projeto de melhoria no âmbito da preparação para a alta, mais concretamente sobre os ensinamentos a realizar ao prestador de cuidados do doente com Diabetes Mellitus Tipo II. Neste sentido, como forma de colaboração, foi realizada uma compilação de todos os ensinamentos pertinentes a realizar e foram integrados numa checklist (Apêndice 2).

É da competência do EE, reconhecer as lacunas da equipa, mobilizar conhecimentos, planear e definir estratégias de resolução, atualizar práticas, estimular a mudança e avaliar a sua consecução (Benner, 2001; Pinto, 2015). A necessidade de formação e atualização de conhecimentos, baseando a prática clínica especializada em evidência científica, é muito importante para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos, que consolidam competências e geram mudanças. A este propósito, foi realizado um questionamento à equipa relativamente a sugestões para formação e foram nomeados alguns temas interessantes: cuidados de enfermagem ao cateter venoso central e periférico e formação sobre suporte básico de vida. No entanto, em conjunto com a tutora, foi decidido priorizar a realização da checklist acima referida, que se constituiu como um ponto de partida para o projeto a ser iniciado no serviço.

No que concerne à UTD, da colheita de informação realizada resultaram algumas conclusões: não havia, no momento, nenhum projeto de melhoria continua em curso e, embora existissem alguns procedimentos operacionalizados, nomeadamente no que diz respeito ao acolhimento dos doentes e à administração de terapêutica, como a capsaicina e o ácido zoledrónico, nenhum deles se direcionava para os familiares/cuidadores dos doentes. Os protocolos são instrumentos que contêm orientações baseadas na evidência científica mais atual, que permitem orientar as decisões dos profissionais de saúde, contribuindo para uma redução da variabilidade nas intervenções, qualificar a tomada de decisão e facilitar a incorporação das novas tecnologias nos cuidados (Figueiredo et al., 2018). A falta de protocolos de atuação bem definidos, pode resultar em inconsistências na prática clínica, falta de uniformização de procedimentos e, deste modo, comprometer a segurança do doente e profissionais.

A lacuna identificada ao nível protocolar relativamente aos familiares/cuidadores, juntamente com o interesse pela temática da dor e do papel do cuidador informal, foi o mote para a escolha da temática do trabalho de investigação, que se centrou no papel do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor. Os resultados da *scoping review* realizada constituíram a base para a construção de dois documentos orientadores da prática de enfermagem na unidade de dor no que concerne ao referido tema: uma checklist sobre os temas a abordar com a família/cuidador no que concerne à gestão da dor no doente com dor crónica (Apêndice 3) e uma proposta de procedimento de enfermagem intitulado “Intervenções de Enfermagem ao familiar cuidador na gestão da dor crónica do doente oncológico” (Apêndice 4). Esta

checklist seria apresentada à equipa de enfermagem da UTD numa fase final do estágio, mas, por sugestão do enfermeiro tutor, foi realizada a sua apresentação a todo o departamento, que englobava as consultas externas e a Unidade de Cirurgia do Ambulatório. Nessa apresentação também foram apresentados os resultados do trabalho de investigação (Apêndice 5). Com esta ampliação do número de pessoas a ser alvo da realização desta formação, pretendeu-se alertar mais enfermeiros para a importância de estar atento não só em relação à dor do doente, mas também ao papel desempenhado pelo cuidador informal na gestão da mesma, já que se trata de uma temática transversal a vários serviços, não sendo uma questão exclusiva da UTD.

No que concerne a temas sugeridos pela equipa sobre a realização de formação, uma das sugestões foi a realização de formação sobre a implementação da ferramenta ISBAR, recomendada pela DGS, para a comunicação eficaz na transição de cuidados seguros (norma 001/2017). mas após análise com o tutor, uma vez que tinha sido conduzida uma formação sobre esta temática recentemente, foi considerado prioritário realizar formação sobre a “Avaliação da dor” (Apêndice 6), a apresentar no curso S. Dor, realizado e coordenado pelos enfermeiros deste serviço, visto ter sido uma lacuna teórica referida em cursos anteriores. A eleição deste tema teria duas vantagens importantes para o desenvolvimento das minhas competências, nomeadamente aquisição e consolidação de conhecimentos acerca desta temática e a capacitação para a transmissão desses conhecimentos a outros profissionais. Esta formação foi realizada aos profissionais do departamento e além de possibilitar uma partilha de experiências enriquecedora para os presentes, foi importante por permitir aprofundar conhecimentos teóricos, por permitir igualmente o desenvolvimento de competências na área da comunicação e apresentação de conteúdos a uma plateia mais vasta e por ter potenciado uma reflexão acerca da necessária mudança das práticas no contexto laboral, ou seja, algumas das reflexões realizadas vão ser traduzidas em sugestões de melhoria no local onde a formanda exerce a atividade profissional.

Em diálogo com o enfermeiro tutor, foi ainda referido que um dos projetos a curto prazo do serviço, seria realizar um panfleto sobre a administração de terapêutica transdérmica, destinado ao doente e cuidador. Embora todos os cuidados fossem explicados verbalmente pelos elementos da equipa de enfermagem, enquanto enfermeira a desenvolver competências especializadas no âmbito da segurança dos cuidados, considerou-se pertinente a elaboração deste material educativo para ser disponibilizado na UTD, a quem iniciasse este tipo de medicação. Este já inclui um calendário, que era anteriormente fornecido pelos profissionais de saúde, de forma isolada, para tornar mais perceptível os dias em que se realizaria a troca do selo transdérmico. Desta forma, ficou condensada num único documento (Apêndice 7) toda a informação pertinente a transmitir aos doentes/cuidadores acerca desta temática, de uma forma simples e facilmente compreendida e um calendário

para marcação dos dias de troca da medicação, prevenindo erros e esquecimentos. A realização deste panfleto teve como objetivo promover a segurança dos cuidados, em geral, e a segurança da administração de terapêutica, em particular. A reflexão sobre a necessidade de elaborar estes documentos resulta da identificação de oportunidades de melhoria no serviço e de aperfeiçoar os cuidados assistenciais à pessoa com dor crónica, desenvolvendo simultaneamente competências no âmbito da especialização em enfermagem. Este ponto é a pedra basilar da evolução da qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço: a discussão e partilha em equipa, sempre em busca de oportunidades de melhoria e da excelência na prestação de cuidados.

O EE em EMC assume um papel de liderança no que concerne à segurança dos cuidados, através da gestão do risco e otimização de um ambiente favorável à realização dos cuidados especializados, protegendo de incorrer em riscos a pessoa e o próprio profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 pretende a eliminação de danos evitáveis nos cuidados de saúde, de forma a travar a morte de milhões de pessoas, na sequência de cuidados de saúde inseguros (Ministério da Saúde, 2021). Neste âmbito, a Direção-Geral da Saúde (DGS) formulou o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, cujo objetivo principal é “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde” (Despacho nº 9390/2021, 2021, p.97). Este plano encontra-se estruturado em 5 grandes pilares: cultura de segurança, liderança e governação, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança da pessoa e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho nº 9390/2021, 2021).

Segundo a Norma nº 005/2018 (2018), a segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções que visam a melhoria dos cuidados. Durante os estágios, foi realizada observação e reflexão acerca da gestão do risco, das estratégias utilizadas pela equipa na promoção de um ambiente gerador de segurança para o doente e família e foi realizada a promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados, focado na prevenção da ocorrência de riscos, identificando, gerindo, mitigando ou eliminando os mesmos. Neste âmbito, existem alguns aspetos a destacar, nomeadamente: a validação da identidade do doente antes de qualquer procedimento. Em contexto de internamento, foram igualmente realizados o cumprimento da norma institucional de identificação dos doentes com a respetiva pulseira e a condensação de toda a informação relevante de cada doente na folha de passagem de turno, devidamente atualizada, o que contribuía para, em cada momento, se ter acesso privilegiado a essa informação e para que não ocorresse perda de informação relevante. Além disso, todas as atualizações clínicas acerca dos doentes, eram prontamente comunicadas pela enfermeira gestora, que acompanhava a equipa médica, ao enfermeiro responsável.

Uma das atividades inerentes aos cuidados de enfermagem, suscetível de provocar danos graves ao doente é a preparação e administração de terapêutica. Segundo Schroers et al. (2021), a falta de conhecimento sobre os medicamentos, problemas de comunicação, carga de trabalho ou interrupções na preparação da terapêutica, são motivos propícios à ocorrência de erros. No que respeita a esta temática, a UTD possui um stock próprio de medicação, com os opióides a serem colocados em local próprio, dentro de um cofre. Os medicamentos encontram-se identificados corretamente, de acordo com as diretrizes emanadas da DGS, como medicamentos de alto risco ou alerta máximo e medicamentos Look-Alike Sound-Alike (LASA). A validade dos medicamentos é verificada frequentemente, por dois enfermeiros. A medicação é preparada no carro de medicação, localizado numa das salas da unidade, não existindo uma área isolada para preparação de terapêutica. Outro dos aspetos verificados ao longo do estágio é que as prescrições médicas relativas à administração de fármacos são sempre orais, em contexto de consulta. Deste modo, e para evitar erros de medicação, em caso de dúvida acerca da informação oral, era sempre feita uma segunda confirmação junto da médica responsável.

A existência de protocolos nos serviços também se revelou como um instrumento fundamental na diminuição da ocorrência de erro, promovendo a qualidade na prestação de cuidados, revestida de uma cultura de segurança e uniformização coletiva. Os enfermeiros baseiam a sua atuação profissional nas boas práticas recomendadas, de modo a que os cuidados que sejam mais seguros e eficazes, constituindo-se os protocolos como processos ricos em aprendizagem organizacional que refletem os melhores recursos a serem utilizados por forma a alcançar os objetivos pretendidos (Jacques & Gonçalo, 2007). Aquando da existência de dúvidas acerca de algum protocolo menos habitual ou mesmo de prescrições médicas, era sempre realizada uma validação com a equipa médica antes da sua realização.

Em ambos os serviços, foram identificadas áreas de melhoria no que concerne à gestão do risco, através do questionamento dos enfermeiros responsáveis por esta área. No SEDMR, um dos problemas identificados foi o facto de o carro de emergência se encontrar num local sem uma tomada de emergência, o que se pode constituir como um risco muito grave para a segurança do doente se existir algum problema e o desfibrilhador ficar sem bateria. Por último, foi referida a questão do stock de medicação que também, se encontra num armário desta sala e que não se encontra conforme as normas definidas pela gestão do risco. No âmbito deste estágio, foi possível colaborar na realização da classificação dos medicamentos segundo a nomenclatura LASA e medicamentos de alerta máximo (MAM) e posteriormente, na elaboração de etiquetas atualizadas e com a indicação, na parte inferior, do número correspondente ao stock semanal. A administração de medicamentos constitui-se como um dos maiores riscos para a segurança do doente na ocorrência de eventos adversos. O erro relacionado com a medicação é um dos temas prioritários da DGS pois, segundo vários

estudos, constitui uma das principais causas de morte e de incapacidade, com a ocorrência de mais mortes por erro de medicação do que por acidentes de trabalho (Norma nº 020/2014,2014). O erro na administração de medicamentos pode surgir por vários fatores, sendo que os medicamentos LASA e MAM e os eletrólitos concentrados devem ser devidamente identificados através de estratégias para garantir a menor probabilidade de erro possível. A Norma 020/2014 (2014) alerta precisamente para o perigo dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes e recomenda estratégias para as instituições evitarem o erro.

No que se refere ao estágio realizado no IPOFG, este dispõe de uma política de gestão de Risco Clínico, que tem como objetivo estabelecer uma abordagem estratégica para a gestão do risco geral e clínico, por forma a prevenir a reduzir a sua gravidade. A instituição nomeia um gestor de risco clínico, a quem compete, entre outras coisas, assegurar a definição, implementação e manutenção dos requisitos do sistema de gestão do risco clínico e um gestor de risco geral, cujo objetivo é assegurar a definição, implementação e manutenção dos requisitos do sistema de gestão do risco e que desempenha a sua atividade em articulação com as vertentes de segurança, higiene e saúde no trabalho, controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos, segurança dos sistemas de informação, segurança contra incêndios, gestão de resíduos, segurança e proteção contra radiações, emergência interna e vigilância (Regulamento Interno IPO, s.d.). A importância de distinguir estes tipos de risco reside na necessidade de abordagens e estratégias de gestão específica para cada um. Ao reconhecer e gerir adequadamente os diferentes tipos de riscos, as unidades podem proporcionar um ambiente seguro para todos os envolvidos, promovendo assim a confiança dos doentes e todos os elementos frequentadores destas instituições de saúde. Neste âmbito, concretizou-se a atividade proposta na fase de projeto de que era a realização de uma entrevista ao gestor de risco, neste caso a interlocutora correspondente à Unidade de dor. Assim, foi possível ter conhecimento do plano de emergência interno, com explicação acerca de cada uma das sinaléticas presentes junto do serviço, informação relativa à inspeção aos extintores e realização da checklist correspondente e à verificação mensal do carro de emergência, localizado junto à UTD. Relativamente ao trabalho desenvolvido como interlocutora do risco geral, a enfermeira responsável transmitiu a exigência e responsabilidade deste empreendimento. No que refere aos maiores problemas geradores de risco para o doente, família e equipa, foi referido o risco de quedas, que ocorrem ocasionalmente na sala de espera deste piso, pela insegurança das cadeiras nela presentes. Isto porque estão são frequentemente movidas, por razões várias e não são recolocadas no local e de modo a proporcionar segurança a quem nelas se senta. A solução para esta situação passa, segundo a responsável pela gestão do risco, por marcar no chão o local próprio para as mesmas, de modo a prevenir mais acidentes.

A cultura de segurança é essencial para diminuir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, garantindo um ambiente seguro para os profissionais de saúde e para as pessoas frequentadoras das instituições de saúde. O seu objetivo é promover a aprendizagem com os erros e uma abordagem que não culpabiliza, mas sim responsabiliza. O relatório “Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance” (World Health Organization, 2020), alerta para a importância de fomentar uma cultura de segurança, uma vez que a análise de incidentes só é possível mediante a existência de notificações adequadas. Neste sentido, é crucial que os profissionais de saúde sejam alertados acerca da relevância da prática de notificação, que muitas vezes não é realizada devido ao receio de culpabilização e retaliação, bem como pela falta de tempo, carga de trabalho elevada e falta de formação adequada na prática de notificação (World Health Organization, 2020). Em Portugal, existe um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, designado como NOTIFICA, sendo este um sistema de notificação e gestão de incidentes na prestação de cuidados de saúde, no qual tanto cidadãos como profissionais de saúde podem reportar incidentes. Este sistema é confidencial, anónimo e não punitivo, tendo como objetivo promover a aprendizagem a partir de erros e implementar melhorias (Norma n.º 017/2022, 2022). Promover a cultura de segurança implica envolver as pessoas, família e cuidadores num processo de melhoria contínua dos cuidados, através da promoção da literacia em saúde, da capacitação para a tomada de decisões sobre a sua condição de saúde e responsabilização por comportamentos que levam ao agravamento da mesma. Deste modo, ao desempenharem um papel central na tomada de decisões sobre os seus cuidados de saúde e segurança, estes devem igualmente exigir às instituições de saúde uma maior qualidade nas instalações, nas relações humanas, nos cuidados e na informação fornecida (Ramos et al., 2021). A realização de auditorias é reconhecida como uma ferramenta fundamental na segurança da pessoa, possibilitando uma melhoria contínua ao nível das estruturas, das práticas e dos resultados. Verifica-se, deste modo, como estão a ser aplicados os mecanismos ou estratégias para aumentar a segurança das pessoas, que assenta na comparação do cuidado previsto, com o cuidado efetivamente prestado, destinando-se a melhorar práticas clínicas (Barroso & Ramos, 2021). Durante os períodos de estágio, não surgiu a necessidade de notificar nenhum acontecimento, mas foi frequentada uma formação na instituição IPOFG, juntamente com o enfermeiro tutor, que apelava precisamente à realização desta ação sempre que se justificasse. Foram apresentadas as plataformas disponíveis para o fazer, a interna (HER+) e o NOTIFICA e foi explicado mais uma vez o modo de proceder, com o objetivo de ter cada vez mais notificações de situações geradoras de risco clínico e geral.

No que concerne à temática do controlo da infeção, ambos os tutores se constituíam como elos da SPCIRA nos respetivos serviços. O SEDMR está muito bem organizado a este nível, com calendarização das atividades a realizar ao longo do tempo. nomeadamente com

realização periódica de formações e auditorias. Durante a permanência no estágio, pude observar, refletir e colaborar em algumas atividades de melhoria, quer relativamente ao ambiente quer na implementação de medidas de proteção, que garantam a proteção dos doentes e da equipa. No departamento a que pertence a UTD, é da responsabilidade do elo da SPCIRA a realização de ações de formação sensibilizadoras a este nível. O tema ainda por abordar no ano de 2024 incluíam as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT). Com o intuito de aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática e, simultaneamente, desenvolver competências no âmbito da comunicação, tive oportunidade de planear e realizar uma ação de formação sobre este tema (Apêndice 8).

Um dos objetivos traçados ao nível desta competência no estágio na consulta de tratamento da sor foi participar, com o enfermeiro Tutor, nas reuniões do grupo institucional GASIE. Não foi possível a concretização deste intento, por razões de ordem institucional. No que se refere à participação em ações de formação no âmbito da dor ou outras temáticas de interesse para o desenvolvimento de competências, no período de duração do estágio, esta foi alcançada, com a participação como formanda em congressos e formações de vária ordem, como está demonstrado no Anexo I, onde constam os certificados de todas as ações de formação frequentadas, com o conseqüente aumento de conhecimentos daí resultante e que complementa a formação como EE.

Em resumo, a prática do EE vai muito além execução de procedimentos, uma vez que envolve análise crítica das situações e tomada de decisão fundamentada, o que implica um compromisso constante através da atualização de conhecimentos e promoção das melhoras práticas.

2.1.3 – Competências do domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o regulamento das competências comuns do EE, nas competências do domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos à situação e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745). O enfermeiro tem a responsabilidade e o dever de prestar esclarecimentos pela prestação e gestão dos cuidados que desempenha, devendo responsabilizar-se pelas decisões tomadas e pelos atos que pratica ou delega, assim como deve garantir a qualidade e assegurar a continuidade das atividades que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O EE é o profissional de referência para realizar a gestão de cuidados, no âmbito da intervenção autónoma do enfermeiro ou na interdependência com a equipa multidisciplinar, visando a qualidade dos cuidados em saúde. A gestão dos cuidados requer competências

como a liderança, tomada de decisão e gestão de recursos adequada, ou seja, as competências da gestão envolvem a capacidade de gerir os recursos materiais e humanos na resposta otimizada às necessidades do doente, integrando a equipa multidisciplinar. O EE, pela experiência e formação especializada que possui, é o profissional mais capacitado para assumir o papel de liderança, pois devido ao seu percurso profissional e académico, tem maior compreensão da complexidade do que são as funções de liderança (Melo et al., 2017). Deste modo, do EE, espera-se que seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, desenvolvendo competências assentes num processo complexo de pensamento crítico, de acordo com a melhor evidência científica (Lourenço et al., 2022). Para isso, é importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários. No decorrer dos dois estágios, verifiquei que os meus tutores eram frequentemente abordados pelos colegas no sentido de esclarecer dúvidas relativas à prestação de cuidados, constituindo-se como detentores de conhecimentos técnico-científicos que os tornavam uma referência quer na prestação de cuidados quer na gestão dos mesmos. Estes constituíam-se, assim, notoriamente, como uma referência para a equipa, encontrando-se este facto alicerçado nas competências específicas que possuem. A sua tutoria permitiu-me desenvolver a consciencialização do impacto que a intervenção do EE tem na equipa e, portanto, da importância do papel e da responsabilidade que a especialidade em enfermagem assume na equipa multidisciplinar. Deste modo, foi possível realizar uma reflexão acerca destes aspetos e perceber que, mesmo no contexto profissional da formanda, o EE tem realmente um papel de relevo e de referência para os restantes elementos da equipa, colocando os seus conhecimentos à disposição dos colegas e intervindo ativamente para a melhoria dos cuidados. De facto, o título de EE tem de ser mais do que isso, passa por ter um papel interventivo no serviço nos vários domínios da prestação de cuidados e por preocupar -se genuinamente em colocar em prática os seus conhecimentos e aptidões no sentido de promover cuidados de excelência. Neste sentido, existiu uma mudança de atitude da formanda no seu contexto profissional, refletindo os novos conhecimentos de que é detentora e o novo papel de EE a assumir junto da equipa multidisciplinar. Surgiu igualmente uma preocupação em estar atenta a aspetos que anteriormente não se constituíam como foco de atenção, pois o papel de EE implica a responsabilidade de permanecer em alguns turnos de apoio à gestão. Em suma, a realização desta especialidade alterou em grande medida a forma como a formanda pratica a enfermagem, com impacto profundo a nível da atividade profissional e também da formação pessoal.

Durante este período de aprendizagem, foi possível compreender as principais diretrizes no que concerne à gestão de recursos humanos e materiais, nos serviços onde decorreram os estágios, bem como quais as funções da enfermeira gestora em cada um dos contextos. No serviço de internamento, a enfermeira gestora, ou quem esteja como responsável de turno, é

responsável pela distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais por sectores. A distribuição é realizada segundo as horas de cuidados necessárias, resultantes da classificação dos doentes, objetivando-se que não existam disparidades significativas nesta distribuição. Relativamente a esta distribuição, são de referir dois aspetos importantes. Em primeiro lugar, não são tidas em conta, por norma, as distribuições dos turnos anteriores, no sentido de manter o profissional no mesmo setor, onde esteve, por exemplo, na manhã anterior. Pensa-se que este especto seria facilitador da continuidade de cuidados. no sentido de criar alguma familiaridade e seguimento na prestação de cuidados. A este propósito, cada vez mais se defende, sustentado nas suas vantagens, a prestação de cuidados baseada no método de enfermeiro de referência, pois promove a qualidade dos serviços prestados proporcionando apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família (Rego & Coelho, 2016). Assim, a organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência, além de corresponder às expectativas dos doentes, converge para o desenvolvimento do enfermeiro, permitindo simultaneamente assegurar a individualidade, a globalidade, a responsabilidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, enquanto promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro e colabora para uma maior articulação com a família. Opõe-se, deste modo, à fragmentação dos cuidados, à existência de diversos intermediários na comunicação e à existência de vários intervenientes na partilha de responsabilidade pela pessoa doente (Rego & Coelho, 2016). Isto implicaria, no entanto, a reorganização da prestação de cuidados de enfermagem e a dotação da equipa de meios suficientes para tal. Em segundo lugar, houve a ocorrência de uma situação que originou uma reflexão junto da enfermeira tutora, elo da SPCIRA, pois num quarto com duas doentes infetadas com a mesma bactéria, cada uma delas estava distribuída a dois enfermeiros diferentes. Considerou-se que deveria ter-se tido em conta, na distribuição elaborada, esta situação e que seria mais correto do ponto de vista do controlo da infeção, que apenas um enfermeiro estivesse adstrito a estas doentes.

As funções de gestão incluem também a função de encerrar o ciclo, realizar a gestão de recursos humanos em situações não previstas (transferências de doentes, realização de troca de doentes por identificação de necessidade de isolamento,), realizar a orientação do assistente operacional no que concerne aos exames programados e a realização de horários. Relativamente a este item, houve oportunidade de observar a enfermeira gestora na elaboração dos horários de enfermagem e dos assistentes operacionais. Comprovou-se a dificuldade na realização dos mesmos, com algumas restrições de horários a ter em conta, pedidos a atender, se possível e, com tudo isto, conseguir fazer um horário equilibrado para todos os elementos da equipa. O programa utilizado é facilitador pois sinaliza quantos elementos estão em cada um dos turnos, o que permite perceber se todos os turnos estão assegurados. Foi também analisada a localização dos descansos semanais e complementares, bem como as compensações, procurando proporcionar um horário que

simultaneamente satisfizesse as necessidades do serviço e o equilíbrio da vida profissional e pessoal dos enfermeiros. Ter oportunidade de acompanhar a enfermeira gestora nesta atividade, permitiu-me compreender a exigência desta tarefa, pois foi necessário um dia de trabalho e muitas alterações, para a obtenção de um horário satisfatório.

Para além da gestão de recursos humanos, o enfermeiro em funções de gestão ou em sua substituição, também tem a função de verificar se a reposição de material consumível foi assegurada pelo serviço de aprovisionamento; fazer o pedido do stock de medicação semanal procedendo ao seu acondicionamento em local próprio e de confirmar, na 6^{af}, que existe material/medicação necessários para o fim de semana e, se for necessário, realizar um pedido extraordinário.

Em contexto de consulta externa, foi também possível compreender como era efetuada a gestão de recursos humanos e materiais, na UTD e no departamento, em geral. Os enfermeiros especialistas nunca se ausentavam da consulta da dor, constituindo-se como os profissionais de enfermagem de referência da mesma, sendo que o terceiro elemento poderia, em caso de necessidade, ser recolocado em consultas de outra especialidade de forma ocasional. A gestão das técnicas auxiliares de saúde, responsabilidade da enfermeira gestora, também era realizada tendo em conta a necessidade de manutenção adequada de todo o departamento.

No que se refere aos recursos materiais, cada consulta é dotada do material apropriado, cabendo aos enfermeiros afetos a cada um dos sectores a sua gestão e reposição. Relativamente à medicação, a UTD dispõe de um stock de medicação e era feito um pedido à farmácia quando era necessária medicação extra.

Apesar de não ter tido oportunidade de acompanhar um turno com a enfermeira gestora do serviço, como o meu enfermeiro tutor a substituíra nas suas ausências foi possível acompanhá-lo na realização desta função. Compreendi o papel que desempenhava no suporte aos vários elementos da equipa, avaliava a eventual necessidade de reajustar atividades em função de imprevistos quer ao nível dos recursos humanos quer materiais. Esta acessibilidade e disponibilidade demonstrada era importante na dinâmica do serviço e na motivação da equipa, pois transmitia preocupação e abertura para a apresentação de eventuais problemas na gestão dos recursos humanos e materiais, conflitos entre membros das equipas, ... Um enfermeiro gestor trabalha em prol da organização e da equipa que lidera, desenvolvendo o seu trabalho em torno das exigências sentidas e sendo um elo no seio da equipa, enfatizando a sua intervenção na consolidação do trabalho interdisciplinar. As competências relacionadas com a liderança envolvem a capacidade de influência, a comunicação, a motivação, a interação de grupo e a capacidade de atingir objetivos (Huber, 2010). A liderança é passível de alterar o comportamento de um indivíduo ou um grupo, independentemente da razão, no esforço de atingir determinados objetivos (Huber, 2010). Gestão e liderança são dois

conceitos diferentes, mas que se complementam, sendo um direcionado para o planeamento e organização, e o outro para a resolução de problemas e orientação de equipas. De facto, como é referido por Balsanelli (2017), ser enfermeiro gestor é um cargo, ser líder é uma competência.

O enfermeiro em funções de gestão é frequentemente confrontado com problemas de difícil resolução e de análise criteriosa, interagindo com uma equipa multidisciplinar que lhe exige estar ao mais alto nível no processo de tomada de decisão. Necessita também de grandes habilidades comunicais e de gestão de conflitos, para fazer face à exigência da sua função. É inegável o impacto da liderança na dinâmica do serviço e na motivação da equipa. Como competências que um líder deverá possuir para exercer influências positivas no desempenho da equipe de enfermagem, destacam-se a comunicação, o bom relacionamento interpessoal e a capacidade de intermediar conflitos (Santos, 2019).

É necessário também referir a grande capacidade de adaptação e de improviso que um enfermeiro em função de gestão deverá possuir, isto porque muitas vezes não são detentores de recursos materiais e humanos adequados, sendo necessário adaptar a prestação de cuidados a estas dificuldades, seja através do apelo a uma maior colaboração entre colegas (no caso de um colega que precisa de se ausentar do serviço, por alguma razão, por exemplo) ou através da procura, nos serviços vizinhos, de algum recurso material em falta. Tudo para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Embora não seja uma atividade exclusiva do especialista (e na ausência deste, o enfermeiro generalista executa as mesmas funções), o enfermeiro mais qualificado na equipa para a preparação da logística é o EE, constituindo-se como um elemento diferenciador nos cuidados. Este é considerado um elemento com conhecimento científico atualizado e, quando não é detentor de conhecimento sobre uma determinada questão, sabe como procurar e identificar a melhor evidência para dar suporte à sua prática especializada. De realçar também a função do EE na comunicação com a pessoa e família/cuidador no período pré, Intra e pós procedimentos, garantindo que a realização e colaboração no procedimento seja assente no conhecimento e consentimento. No caso específico da UTD, aquando da realização de procedimentos de maior especificidade e complexidade, tal como o tratamento com capsáicina, verificou-se que estes eram sempre realizados pelos dois enfermeiros com maior diferenciação profissional.

O EE assume um papel muito relevante de gestão dos cuidados, garantindo que os procedimentos são realizados de forma organizada, em condições de segurança para os profissionais e para a pessoa, objetivando a prestação de cuidados individualizados e personalizados. Este é considerado pelos pares e pela equipa médica, como uma referência no campo de ação da organização e segurança.

2.1.4 – Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Em concordância com o Regulamento nº 140/2019 (2019), pressupõe-se que o EE desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua prática clínica especializada em evidência científica.

Nos dois campos de estágio, as equipas mostraram recetividade e disponibilidade, mesmo numa fase mais avançada do estágio no serviço de endocrinologia, em que foi necessário ir em busca de oportunidades de aprendizagem e de aplicação de conhecimentos, junto de doentes distribuídos a outros enfermeiros, proporcionando-se vários momentos de reflexão informais que foram promotores de crescimento e desenvolvimento.

Relativamente ao estágio no SEDMR, a adaptação não foi difícil, com a orientação da enfermeira tutora e o apoio da equipa alargada a constituírem-se como um fator deveras facilitador da integração. O mais difícil foi perceber no que é que se traduziria a aprendizagem, ou seja, o que era esperado que fizesse enquanto aluna de um curso de especialização. Assim, no início do estágio, a formanda limitou-se aos doentes distribuídos à enfermeira tutora, mas depois percebeu-se que as oportunidades de aprendizagem e de desenvolver intervenções especializadas muitas vezes não estavam nesses doentes. Deste modo, durante a passagem de turno, era realizada a identificação dos doentes que necessitassem de intervenções que fossem de encontro aos objetivos de aprendizagem e, assim, o ensino clínico tornou-se muito mais profícuo. A intervenção centrou-se, maioritariamente, em doentes com diabetes inaugural ou que eram internados para reforço de ensinamentos (eletivamente ou porque entravam na urgência com complicações agudas da diabetes que denunciavam um mau controle da mesma). A aprendizagem deve ser feita numa forma espontânea e de acordo com os interesses e necessidades, tornando-se mais gratificante do que aquela que é imposta.

Por outro lado, a integração, como formanda, num contexto de trabalho diferente da realidade profissional, representou um desafio. Foi a primeira experiência no âmbito da consulta, pois toda a experiência profissional decorreu em contexto de internamento e as expectativas eram enormes. A integração na equipa foi facilitada pelo facto do enfermeiro Tutor mostrar completa disponibilidade para explicar todos os aspetos relacionados ao funcionamento do serviço e à prestação de cuidados. As dificuldades identificadas prenderam-se com vários aspetos. Recorrem à consulta da dor muitos doentes, que são atendidos simultaneamente pelo médico e enfermeiro, num trabalho colaborativo, mas que frequentemente limitou a minha capacidade de desenvolver intervenções autónomas. Por exemplo, apesar de pretender treinar a realização da história de dor elaborar diagnósticos e intervenções de enfermagem, como as consultas eram realizadas em conjunto com o médico, que também realizava a sua avaliação, e precisava agilizar o processo devido ao volume de doentes, senti que nem sempre

conseguia comunicar com o doente e família, desenvolvendo as competências que pretendia. Assim, expôs-se esta dificuldade ao enfermeiro tutor e a solução encontrada foi estabelecer momentos para a realização de entrevista com o doente/família antes (preferencialmente) ou depois da consulta. também senti alguma dificuldade de posicionamento como enfermeira e como formanda. Nas consultas, normalmente, estava presente um EE em determinadas situações, senti dúvidas se deveria ou não intervir. Sinto que, embora tenha evoluído ao longo dos estágios, tive dificuldade em gerir o papel de estudante e nem sempre fui capaz de assumir a autonomia que consigo ter no meu exercício profissional.

O EE demonstra ter consciência de si próprio no papel de profissional, mas também como pessoa, enquanto ser social e único, demonstrando autoconhecimento e capacidade de adaptação, antecipando situações de potencial conflito (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A assertividade é uma competência do EE que deve ser desenvolvida, sendo que comportamento assertivo implica a expressão de sentimentos, ideias e pensamentos de forma autêntica e apropriada, com o objetivo de comunicar eficazmente (Grilo, 2012). A assertividade deve estar presente nas relações interpessoais, permitindo ao enfermeiro ter a capacidade de escutar, sem interferir no espaço pessoal do outro e ser igualmente consciente das consequências da expressão da sua opinião.

A prestação de cuidados à pessoa com DC, em contexto oncológico e respetiva família/cuidador, pode resultar em situações complexas, em que é necessário gerir o impacto emocional e, frequentemente, a incapacidade da gestão eficaz da dor do doente. É importante, por isso, que o profissional desenvolva o seu autoconhecimento, a autoconsciência das suas emoções e as suas competências de gestão emocional, para posteriormente ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica com resultados favoráveis para a pessoa alvo dos cuidados. Goleman (2012) refere que a gestão emocional pode ser desenvolvida, sendo que esta não é geneticamente fixa nem se desenvolve apenas nos primeiros anos de vida, é em grande medida assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, à medida que aprendemos com as nossas experiências (Goleman,2012). Neste sentido, todos os dias os enfermeiros se deparam com situações geradoras de conflitos, sendo premente o desenvolvimento de capacidades e competências que lhes permitam ultrapassar e minimizar este tipo de problemas. Considerando que as instituições de saúde são locais onde o ambiente tende a ser restrito, tenso e stressante, é necessário garantir que a prestação de cuidados não seja afetada, através da adoção de estratégias que fomentem a adequada gestão dos conflitos, tais como: a promoção de um ambiente de empatia, compreensão e confiança, escuta ativa e ausência de preconceitos e juízos de valor. O EE, pelas competências diferenciadoras que possui tem a função e responsabilidade de reconhecer e intervir por antecipação nas situações de conflito na equipa multidisciplinar, suportando-se do conhecimento ético-deontológico e científico na tomada de decisão. Este

é um elemento crucial na promoção da assertividade, da comunicação eficaz e da negociação, agindo em prol da segurança de todos. Para este, os conflitos devem ser reconhecidos como oportunidades de aprendizagem e reflexão, conduzindo à identificação de eventuais necessidades específicas de formação.

O profissional de saúde, antes de o ser, é uma pessoa única e deve refletir sobre as suas características individuais, experiências pessoais e profissionais, crenças e valores, visando a identificação e análise de barreiras e limites que comprometam a relação profissional com a pessoa/família e com a equipa multidisciplinar. Durante os períodos de estágio, foi realizada uma autorreflexão constante, com a análise dos pontos positivos e aspetos a melhorar, de forma a promover o desenvolvimento de competências. No que se refere ao estágio em contexto de internamento, foi necessário aprofundar conhecimentos em várias áreas e este processo foi complementado por pesquisa bibliográfica pertinente de evidência científica comprovada, aprofundando temas como a patologia Diabetes Mellitus e os ensinamentos a ministrar à pessoa com esta patologia. Para uma prestação de cuidados segura e de qualidade, foram, como já mencionadas, consultadas as normas e protocolos existentes no serviço, visto que durante o estágio surgiu oportunidade de colocar em prática alguns destes protocolos. O tema da Diabetes é transversal senão a todos, pelo menos à maioria dos serviços e como tal, ao longo do percurso profissional, foram muitos os doentes com esta patologia já alvo de cuidados. No entanto, percebeu-se que, principalmente no que se refere à Diabetes tipo I, as especificidades são muitas, o que motivou a procura de informação em vários momentos. Neste âmbito, as consultas de transição, de bombas de insulina e o hospital dia, constituíram-se como experiências muito importantes na apropriação de informação relevante acerca desta temática, o que enriquece o percurso enquanto formanda, mas principalmente enquanto profissional. Em contexto de consulta, os pontos a melhorar relacionam-se com o domínio do conhecimento específico sobre a dor no geral e a DC em particular. Foi necessário igualmente integrar e reforçar conhecimentos acerca dos procedimentos complexos utilizados na gestão da dor, nomeadamente a aplicação da capsaicina. Neste caso, recorreu-se a material de apoio existente no serviço e à consulta do protocolo disponível na unidade. No que concerne à realização da história de dor do doente, composta por diversos itens, foi utilizada uma estratégia, num período inicial do estágio, que consistiu em fazer um resumo, em formato A3, de forma esquemática para mais rápida compreensão e plastificar esse documento, utilizado para consulta.

Relativamente a aspetos positivos a considerar nos dois estágios, há a referir a relação interpessoal com a equipa multidisciplinar, a capacidade de comunicação e interação com as pessoas de quem cuidamos, o desenvolvimento de estratégias de comunicação, principalmente no que se refere à apresentação de trabalhos, a responsabilidade na prestação de cuidados e o interesse em aprender e desenvolver novos conhecimentos.

A comunicação na relação interpessoal no âmbito da saúde pode exibir três propósitos: estabelecer um relacionamento interpessoal favorável, troca de informações e a tomada de decisão sobre o tratamento (Ong et al., 1995). A importância das palavras, a clareza, a calma e a segurança na transmissão da informação, o falar de forma pausada e dar tempo para que a outra pessoa formule a resposta mentalmente e a verbalize, são todos aspetos muito importantes na abordagem da pessoa e respetiva família, que estiveram presentes ao longo do estágio. Neste sentido, o estágio na UTD constitui-se como uma oportunidade para desenvolver competências comunicacionais, num contexto diferente da prática profissional habitual. A utilização de competências comunicacionais como a escuta ativa e a compreensão empática revelam-se relevantes num contexto em que temos presentes pessoas que estão a vivenciar situações oncológicas, em que é preciso uma comunicação assertiva para serem definidos objetivos terapêuticos comuns e realistas à situação clínica, como a possibilidade do não alívio definitivo da dor. Neste ponto, a observação do enfermeiro tutor na abordagem da pessoa e da família revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências comunicacionais a este nível, com transposição para a prática profissional diária.

Assumindo que o conhecimento é contínuo, ao longo dos estágios, realizou-se o aprofundamento de conhecimentos teóricos, através do estudo autónomo, considerando-se os enfermeiros tutores como referência para o esclarecimento de dúvidas. A utilização de estratégias pessoais como a autorreflexão e a autoavaliação foram importantes para analisar o percurso ao longo do período de estágio, no âmbito do desenvolvimento de conhecimentos teóricos e capacidades técnicas, que deram suporte à intervenção especializada e, deste modo, permitiram o desenvolvimento de autonomia no cuidado à pessoa com doença/dor crónica e família/cuidador, enquanto futura EE. O que se ambiciona, é que o conhecimento e a experiência prática adquiridas se constituam como uma base sólida que permita o reconhecimento como uma referência no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes da doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A enfermagem, enquanto disciplina e ciência, desenvolve-se com base na investigação e assenta a sua prática na melhor evidência disponível. A prática baseada na evidência é definida como um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, assim como as preferências do doente no contexto de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2012). O EE baseia a sua intervenção especializada com base na evidência científica, sendo um elemento dinamizador na partilha de conhecimento, através da formação e investigação em enfermagem. Neste contexto, simultaneamente à componente prática do estágio, desenvolveu-se uma investigação secundária sobre o papel do cuidador na gestão da dor no doente oncológico e planeou-se a sua apresentação à equipa de enfermagem. Mais uma vez,

esta formação foi ampliada e extensa a todo o departamento, constituindo-se como um momento privilegiado para partilha de conhecimento e melhoria das práticas de cuidados.

O EE deve constituir-se como um agente motivador da equipa para a elaboração de projetos e trabalhos, que lhes permitam evidenciar as suas práticas e que à posteriori possam ser partilhados com a comunidade científica. Neste sentido, é da responsabilidade do EE a incorporação do novo conhecimento relevante para o contexto da prática de cuidados, atuar como agente proactivo da investigação, na identificação de lacunas de conhecimento, na divulgação e disseminação dos resultados da investigação, contribuindo assim para a inovação e translação do conhecimento (Príncipe & Mota, 2023).

De uma forma geral, durante os estágios, a formanda procurou ser proativa na procura de informação e oportunidades de formação, tomar decisões fundamentadas e desenvolver o autoconhecimento, adquirindo assim bases sólidas para o exercício da enfermagem especializada, mantendo o compromisso com a aprendizagem e o aperfeiçoamento contínuo, com o objetivo de garantir a excelência nos cuidados prestados.

2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O avanço do conhecimento e da tecnologia, concomitantemente com a exigência diária dos cuidados de saúde e o aumento da complexidade das intervenções de Enfermagem, fomenta a adequação normativa à diferenciação das áreas de Enfermagem. Assim, as diversas especialidades em Enfermagem, surgem com o propósito de direcionar e auxiliar os enfermeiros a obter e a aprofundar os seus conhecimentos numa área específica, de acordo com as suas preferências e necessidades individuais. De acordo com dados publicados num relatório elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2018) sobre o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem, o EE tende a possuir maior conhecimento, menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente, melhores perspetivas de carreira, participa em ações de formação contínua com mais frequência, apresenta menos propensão a ter intenção de deixar a sua posição atual, perde menos dias de trabalho e colabora mais e melhor com outros profissionais de saúde.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), as competências específicas do EE são aquelas que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. Os cuidados especializados em EMC têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas, e requerem “a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção” para atender à necessidade das pessoas, bem como das famílias, que

são alvo desses cuidados (Regulamento nº140/2019,2019, p. 4744).

O EE, por ser detentor de conhecimentos sustentados na evidência científica, apresenta um conjunto específico de intervenções autónomas com uma perspetiva holística e de individualidade da pessoa, com o objetivo de minimizar a incapacidade e maximizar a funcionalidade física e psicossocial, promovendo a qualidade de vida e os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados. Enquanto agente educacional, este desenvolve atividades educacionais com base na promoção do autocuidado com o objetivo de obter a independência da pessoa doente, em aspetos relacionados com a sua saúde.

A DC é definida como uma doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma continuada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação, tendo uma repercussão de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (Lei nº 101/2006,2006). Em 2019, num estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), verificou-se que 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica, relevando uma proporção superior à da União Europeia, que é de 36 %. Um outro estudo denominado de “Healthcare Through Patients’ Eyes – The next generation of healthcare performance indicators”, refere que 80,5% das pessoas participantes neste estudo, com 45 anos ou mais, utilizadores dos cuidados de saúde primários, referiram ter pelo menos uma doença crónica, 50% refere ter mais do que uma e 25% vive com três ou mais doenças crónicas (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2024). Face ao exposto, é facilmente perceptível a necessidade da formação especializada em enfermagem, na área da pessoa em situação crónica, capaz de prestar cuidados diferenciados e contínuos a esta população e que promovam, igualmente, a prevenção de doença e a promoção de estilos de vida saudáveis.

Neste capítulo irei refletir sobre a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMCPSC, sem, contudo, olvidar as competências específicas do EE em EMC. Segundo o Regulamento nº 429/2018 (2018), constam das competências específicas do enfermeiro especialista EMCPSC: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica são cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar e domiciliar, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida saudáveis, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da

doença na pessoa e na sua qualidade de vida (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A reflexão que se segue está então centrada no desenvolvimento destas competências e na sua tradução em contexto de estágio.

2.2.1 – Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

O EE em enfermagem à pessoa em situação crónica possui capacidades para mobilizar conhecimentos e habilidades relevantes na conceção de cuidados, no âmbito da intervenção especializada, tendo em vista os objetivos terapêuticos: prevenção, deteção precoce, estabilização, manutenção e adaptação à doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Numa perspetiva holística do cuidar, a pessoa é percecionada como um ser social integrado numa unidade familiar, sendo que os cuidados de enfermagem devem englobar não apenas a pessoa, mas também a família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica entre a tríade enfermeiro-pessoa-família. Assim, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem (Lei nº156/2015, 2015), é detentor de competências que lhe permitem cuidar da pessoa no contexto da sua família, mas também cuidar da família como sistema. Numa situação crónica de doença, com seguimento prolongado no tempo, compreende-se que o enfermeiro se constitua como um elemento de referência neste âmbito para aquela pessoa e família/cuidador, sendo a quem, normalmente, recorrem para esclarecer dúvidas ou solicitar apoio. Na UTD, a equipa de enfermagem era reconhecida pelos doentes e familiares, que sabiam os seus nomes e, geralmente, tanto na consulta presencial como no contacto telefónico, estes perguntavam pelo enfermeiro pelo qual sentiam mais empatia e com o qual tinham uma relação mais próxima.

Deste modo, com o intuito de alcançar metas em saúde com a pessoa que vive com DC, o EE desenvolve uma relação terapêutica assente na confiança, assertividade e empatia, considerada uma das competências mais importantes da Enfermagem moderna, na construção de uma relação de confiança (Hreńczuk, 2021). Esta relação terapêutica transmite ao doente/família/cuidador uma sensação de acolhimento e segurança, permitindo que, em contexto de consulta, estes se sintam mais á vontade para expressar alguns sentimentos e angústias relativamente à situação de saúde. É neste domínio que se evidencia a aquisição da unidade de competência – “Identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.22), preconizando-se o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados. Assim, afigura-se como fundamental a demonstração de competências específicas em técnicas de comunicação, que permitam adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No contexto dos cuidados oncológicos, a importância da

comunicação centrada na pessoa é inegável, tendo em conta o impacto físico e psicológico dos tratamentos, assim como a percepção muitas vezes fatalista associada ao diagnóstico.

A pessoa com DC encontra-se muitas vezes fragilizada física e psicologicamente, podendo desenvolver quadros de ansiedade, stress e, em certos casos, depressão por todo o seu contexto de saúde, necessitando de um suporte emocional especial. Na consulta, eram variadas as situações relatadas pelos doentes que influenciavam a sua qualidade de vida: ter que viver com DC, com todas as consequências que daí advêm, ter que enfrentar tratamentos (quimioterapia, radioterapia, imunoterapia) muitas vezes agressivos e debilitantes, o medo do futuro, o medo da morte, a gestão complexa das relações familiares perante esta situação, o isolamento social, a própria imagem corporal, que muitas vezes se encontrava afetada e era geradora de grande sofrimento emocional...

O coping, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é definido como: “atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (ICN, 2019). O EE pode constituir-se como agente facilitador, ao assistir a pessoa a identificar estratégias de coping capazes de diminuir o stress gerado pela dor crónica oncológica. Este deve constituir-se como um agente explorador das crenças das pessoas que podem ser entraves ao desenvolvimento de estratégias adaptativas, tais como, o facto de acharem que não se devem queixar, que a dor é normal e que a devem suportar assumindo-a como um peso que têm de carregar. O desenvolvimento de confiança e coping é um indicador de processo da Teoria das Transições e que, se for eficaz, pode corresponder a um padrão de resposta adequado ao processo transição saúde-doença. No decorrer do estágio, foi desenvolvido um cuidado centrado na pessoa e fomentada a sua responsabilização do seu processo de saúde, tal como presente nos critérios de avaliação inerentes ao EE em EMCPSC, em que se recomenda o envolvimento da pessoa no processo de cuidar, com reconhecimento da necessidade de intervenção especializada nas áreas de atenção para a pessoa e implicações e complicações associadas à DC, bem como ao impacto desta na qualidade de vida e bem estar (Regulamento n.º 429/2018, 2018)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui-se como um dos referenciais teóricos que norteia a conceção de cuidados do EE na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

As transições são processos complexos e multidimensionais, aos quais se agregam propriedades que se relacionam entre si, sendo a sua compreensão essencial para direcionar as intervenções de enfermagem (Meleis, 2015). Assim, ao reconhecer a consciencialização como uma característica definidora da transição, encontrando-se associada à percepção, ao conhecimento e ao reconhecimento de uma experiência de transição, Meleis (2015) acrescenta ainda que “estar em transição” implica que a pessoa tenha alguma consciência das mudanças que estão a ocorrer. Meleis (2010) refere ainda que a consciência do significado de uma transição para o doente é essencial para compreender a sua experiência

e implicações para a saúde, emergindo desta forma a importância de compreender uma transição a partir da perspectiva de quem a vivencia. Neste processo, o papel do enfermeiro é essencial, pela sua atuação como facilitador da transição, apoiando a pessoa, a família/cuidador no reconhecimento das mudanças e na adaptação à sua nova condição de saúde. Este papel encontra-se destacado na unidade de competência - “Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.22). Durante os estágios, o processo de transição esteve frequentemente presente. O EE assume-se como agente facilitador do processo de transição saúde-doença. Neste sentido, no estágio na UTD, tentavam-se perceber quais as áreas mais afetadas pela situação de DC oncológica para poder propor estratégias de melhoria ou soluções nativas. Neste contexto, o EE estimulava a integração da pessoa em grupos da comunidade para a realização de exercício físico, caminhadas em grupo e assim retomar a interação social gradualmente, além do retorno a atividades de lazer habituais. A estratégia recomendada em relação à dor era que os doentes, algum tempo antes da realização de atividades que exigissem mais esforço e exacerbassem a dor, administrassem um SOS, garantindo assim que aquando das mesmas a dor se encontrava em níveis mais reduzidos.

Na gestão de doenças crónicas, os EE desempenham um papel fundamental, especialmente na vertente educativa, essencial para o tratamento eficaz e a autogestão da doença. Assim, conforme descrito nas unidades de competência “Identifica as necessidades da pessoa, família/cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica” e “Promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde/doença decorrente da doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.22), o papel do EE assume-se como fundamental na promoção da literacia em saúde, ao assegurar a compreensão e a utilização das informações disponibilizadas, capacitando a pessoa, família/cuidador para uma autogestão eficaz, promovendo a sua autonomia e a melhoria da sua qualidade de vida e bem estar . A literacia em saúde promove a capacitação da pessoa, para que seja capaz de tomar decisões em saúde fundamentadas, procurar informação, assumir responsabilidades, agir como parceiro ativo no seu projeto de saúde, aceder aos cuidados de saúde através de múltiplos recursos, possuir recursos fidedignos de acesso à informação e ter recursos facilitadores que lhe permitam a adoção de comportamentos saudáveis (Arriaga et al., 2023) .As características específicas das doenças crónicas e a necessidade imperativa da sua gestão quotidiana transferem uma considerável parte da responsabilidade dos enfermeiros para a pessoa/família/cuidador, no sentido de incentivar a autonomia na autogestão e autocuidado. Assim, torna-se essencial que a pessoa, família/cuidador assumam a responsabilidade de manter o seu mais alto nível de saúde e de funcionalidade (Sousa et al., 2021). A este nível, os cuidadores informais (CI) desempenham

um papel essencial e valioso no cuidado à pessoa em situação crónica, tornando-se essencial que os enfermeiros o reconheçam e providenciem o apoio e suporte necessários.

De reforçar que, também o familiar/cuidador pode vivenciar uma transição situacional perante a transição saúde-doença, em que existe uma mudança de papéis, onde está incluído o papel de cuidador, com a necessidade, por exemplo, de substituição da pessoa em atividades que anteriormente conseguia de forma autónoma. Desta forma, o EE deve ter em atenção também este alvo de cuidados na sua intervenção especializada, o que implica que o enfermeiro desenvolva junto dele uma série de conhecimentos e competências que o capacitem para a gestão da situação de doença, constituindo-se como um parceiro na prestação de cuidados à pessoa. Durante os estágios, foram várias as situações geradoras de reflexão a este nível: a necessidade do cuidador deixar a sua atividade laboral para se dedicar inteiramente ao cuidado da pessoa; a mudança de uma casa para um apartamento, por já não ser possível cuidar do quintal e já não fazer sentido tê-lo; o desgaste emocional e a impotência resultantes de ter um familiar com doença/dor crónica; a constante preocupação com o familiar cuidado; a diminuição do tempo para o autocuidado e para momentos de lazer,... É ainda da responsabilidade do EE perceber o significado que a pessoa dá à vivência com dor, assistindo na mudança de padrões de pensamento em relação à dor e ao seu significado. No contexto de estágio, o conhecimento e a capacidade constituíram-se como os focos de atenção mais frequentemente utilizados. Segundo Meleis et al. (2000), o enfermeiro é identificado como um elemento mediador deste período de instabilidade familiar, de transição no processo de saúde-doença, pela sua proximidade física e relacional com a família bem como pela sua mestria em competências relacionais, adaptando-se às necessidades e capacidades de percepção do doente e sua família.

A adesão terapêutica implica o cumprimento dos doentes face às recomendações dos profissionais de saúde relativamente a um tratamento proposto e abrange não apenas a toma da medicação prescrita como também outros comportamentos associados e benéficos para a saúde, tais como a aquisição da medicação prescrita, a toma dos medicamentos de forma correta, na dose e horário corretos, a aquisição dos medicamentos prescritos, a marcação e presença nas consultas e a realização dos exames prescritos (Nunes, 2020). Esta tem o objetivo de melhorar a saúde dos indivíduos e populações, reveste-se de grande complexidade e é influenciada por múltiplos fatores, refletindo-se através de um conjunto de mudanças comportamentais, que estão em consonância com o cumprimento do regime terapêutico prescrito (Camarneiro, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), existem muitos fatores passíveis de influenciar a não adesão, como a complexidade do regime terapêutico, falta de eficácia, efeitos colaterais, duração do tratamento, regimes de tratamento concomitantes, várias mudanças nas prescrições durante o tratamento, disponibilidade imediata dos profissionais de saúde e os custos económicos associados.

No decorrer do estágio na UTD, nas entrevistas realizadas a doentes e cuidadores, foi possível identificar algumas destas situações, nomeadamente o medo dos efeitos secundários, a não eficácia de alguns fármacos prescritos, as restrições financeiras, o término do medicamento não seguido de nova compra e as dificuldades na gestão terapêutica. Em todos os casos, depois de identificada a causa, foi sublinhada a importância da adesão ao regime terapêutico e realizada transmissão de conhecimentos no sentido de alterar comportamentos. É da responsabilidade dos enfermeiros adotarem estratégias facilitadoras que permitam à pessoa melhorar a adesão ao regime terapêutico. Camarneiro (2021), refere algumas das estratégias: utilização de um esquema terapêutico simples; informar sobre o valor do tratamento; promover a acessibilidade ao tratamento; promover a minimização de esquecimentos e erros; apostar no reforço e recompensa; envolver a pessoa, família/cuidadores; promover o aconselhamento e terapias cognitivas (entrevista motivacional).

No estágio realizado no SEDMR, um dos objetivos delineados foi o de realizar um estudo de caso acerca de uma pessoa internada, com patologia na área da endocrinologia, que tenha identificado como diagnóstico não adesão ao regime terapêutico. Para a realização do mesmo, foi necessário estabelecer uma comunicação eficaz com a doente, fomentando o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança. Para complementar a informação recolhida junto da mesma, foi igualmente consultado o processo clínico eletrónico, onde foi recolhida informação pertinente no que concerne ao seu historial médico e de enfermagem. Face à informação recolhida, foi delineado um plano de cuidados adequado, tendo em conta a sua individualidade e as suas preferências, que foi implementado durante o seu internamento (cerca de uma semana), tendo-se realizado uma atualização do mesmo durante o internamento e à altura da alta. Verificou-se que o único diagnóstico em relação ao qual não foi possível alterar o status foi a aceitação do estado de saúde comprometida. Assim, o grau de adesão ao regime terapêutico tem uma etiologia multifatorial e estes fatores podem ser agrupados em três grandes dimensões: fatores demográficos, sociais e económicos. No caso em estudo, os fatores sociais a exercerem uma maior influência, isto porque, a existência de um suporte social, quer de família, amigos e estruturas de saúde, tem uma influência muito positiva na adesão, sendo extremamente importante perceber e identificar os recursos sociais da pessoa. Pelo contrário, um menor apoio social e um maior isolamento social conduzem a uma menor capacidade de adesão (Gaspar, 2013 citado por Nunes, 2020). No que respeita ao próprio doente, o nível de literacia e o conhecimento que tem sobre a doença, bem como as suas atitudes e crenças pessoais, a auto percepção da necessidade de tratamento e expectativas do indivíduo relativamente ao mesmo, afiguram-se como preditores do nível de adesão terapêutica (Nunes, 2020). Neste caso, as crenças pessoais e a auto percepção da necessidade de tratamento encontram-se notoriamente presentes, com a própria doente a falar acerca do caso da mãe, que não adere ao regime terapêutico e se encontra aparentemente saudável. A adesão ao tratamento pode ser ainda afetada por fatores

cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta de motivação intrínseca e a ansiedade associada às tomas de medicamentos (Nunes, 2020). A gravidade da doença e a incapacidade que os sintomas provocam a nível físico, psicológico e social, são consideradas das características mais frequentemente associadas à não adesão, tendo-se verificado que os indivíduos portadores de doenças crónicas assintomáticas, não aderem frequentemente ao tratamento. Relativamente aos fatores associados às características do tratamento, os mais relevantes atribuem-se à duração e complexidade do regime terapêutico, na medida em que quanto mais longo e complexo for o tratamento, maior será a probabilidade dos indivíduos o abandonarem (Nunes, 2020). Todos estes fatores se encontram presentes, em algum momento, segundo o relato da doente, justificando a sua não adesão ao regime terapêutico.

A literatura atual apresenta variados documentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor, inclusive a OE elaborou e publicou uma obra “DOR- Guia Orientador de Boa Prática” em 2008, e onde são abordados os princípios de avaliação e controlo da dor assim como das recomendações para a prática profissional. Outro dos documentos de referência nesta área foi redigido pelo professor Batalha (2016) e intitula-se “Avaliação da dor”. No estágio realizado na Unidade de tratamento da dor, relativamente às escalas de avaliação da dor, privilegiou-se sempre, a autoavaliação e considera-se que, em cada situação, foi selecionada a escala de avaliação apropriada a cada doente, tendo em conta os três fatores principais a considerar: tipo de dor, idade e condição clínica. No que se refere aos mitos ainda existentes, relativamente à dor e à medicação analgésica, nomeadamente os opióides, estes encontram-se descritos no “Guia orientador de boa prática” da Ordem dos Enfermeiros (2008) e os que mais comumente se encontraram ao longo do estágio são: “ as pessoas devem ser encorajadas a «aguentarem» a sua dor”; “o uso de opióides causa depressão respiratória e dependência”; “«Não posso fazer mais nada» para o alívio da dor” e “A morfina só deve ser utilizada em último recurso”. O tratamento do alívio da dor inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas. Apesar de se privilegiar as medidas farmacológicas na gestão e tratamento da dor, o enfermeiro especialista assume uma posição chave na implementação de medidas de alívio da dor, sejam farmacológicas ou não farmacológicas, assim como de intervenções interdependentes ou autónomas de enfermagem. De acordo com o Regulamento nº 429/2018, o EE em EMC deve garantir a gestão de medidas farmacológicas no alívio e prevenção da dor, assim como demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas. Relativamente às medidas mais frequentemente recomendadas na UTD são a massagem terapêutica, que inclusivamente decorre dentro do serviço, realizada por um grupo específico de enfermeiros, como já foi mencionado, a distração e a aplicação de quente e frio.

No hospital de dia de tratamento de dor, é frequente a realização de terapêutica tópica, a capsaicina 8% sob a forma de adesivo cutâneo, comercialmente designado de Qutenza®. O

objetivo terapêutico deste tratamento consiste na redução da dor neuropática periférica localizada, em adultos, de forma isolada ou em relação com outras terapias, em ambiente hospitalar. Existem recomendações sobre o manuseamento do fármaco para evitar a contaminação cruzada, sendo que o uso não adequado de precauções básicas (como o uso de luvas de nitrilo e a recomendação de máscara e óculos de proteção no contacto com o adesivo) pode originar riscos para a segurança, quer do profissional, quer da pessoa. O EE fomenta um ambiente terapêutico seguro e atua na prevenção de incidentes (Regulamento nº140/2019, 2019), no âmbito das suas competências no que concerne à segurança da pessoa. O contacto não intencional com a capsáicina no adesivo ou material contaminado pode conduzir ao surgimento de um eritema transitório e sensação de queimadura, dor e irritação ocular ou da garganta e tosse (European Commission, 2009). Assim, a sua administração e manuseamento devem ser rigorosos, sendo igualmente uma competência do EE o cumprimento dos cuidados de enfermagem inerentes à administração terapêutica em segurança. O enfermeiro é responsável pela aplicação, vigilância e avaliação dos efeitos do tratamento e secundários a este. É muito importante salientar que, quanto mais informada estiver a pessoa, maior a segurança do procedimento e prevenção de incidentes, constituindo-se a literacia como um dos pilares da cultura de segurança na prestação de cuidados, conforme é referido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Direção-Geral da Saúde, 2022a). O envolvimento da pessoa no seu próprio processo de doença é muito pertinente, pois também é seu dever zelar pelo estado de saúde, assumindo-se esta responsabilização da pessoa pelo seu tratamento como uma estratégia de parceria de cuidados que, em última instância, contribuirá para a consciencialização da pessoa sobre a relação de uma gestão adequada do regime medicamentoso e a ocorrência de complicações. Considera-se que o facto da pessoa ser detentora do conhecimento sobre os cuidados necessários e as consequências do não cumprimento, incrementa a responsabilidade da mesma e esta passa a constituir-se como um agente importante na segurança da administração de terapêutica. A complexidade do tratamento e a segurança do ambiente, do profissional e da pessoa para evitar/minimizar incidentes é uma responsabilidade do EE.

Durante os estágios, a formanda teve oportunidade de registar a informação recolhida, através da elaboração do processo de enfermagem na aplicação Sclinico. Foram elaborados diagnósticos de enfermagem, respetivas intervenções e atualizações dos mesmos. O registo no processo clínico das intervenções realizadas assume particular importância, contribuindo para a continuidade dos cuidados e para uma abordagem individualizada e eficaz. A elaboração do processo clínico do utente foi baseada nos referenciais teóricos de enfermagem adotados pelas instituições (Calgary, Meleis e Orem). Estes referenciais fornecem uma base científica para a prática de enfermagem, auxiliando os enfermeiros na tomada de decisão, permitindo-lhes selecionar as intervenções mais adequadas a cada doente. A dificuldade maior encontrada a este nível foi no estágio em contexto de consulta e estava relacionada

com a avaliação da eficácia dessas mesmas intervenções, pois a presença em estágio muitas vezes não coincidia com a presença dos doentes alvo de intervenções de enfermagem.

Face ao exposto, considera-se que foram atingidos os objetivos delineados para esta competência e que foi atingida a sua consecução.

2.2.2 – Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

O doente diabético, perante o diagnóstico desta doença crónica, é confrontado com múltiplos desafios, que exigem capacidade de adaptação, competências para mobilizar determinados recursos e ainda capacidade para se gerir o seu regime terapêutico, que se constitui como um fator decisivo para a manutenção e promoção da saúde, bem como para a prevenção ou tratamento das complicações associadas à doença. Deste modo, a adesão implica um papel ativo e de participação do doente no planeamento e implementação do seu regime terapêutico e consiste não apenas em seguir um tratamento farmacológico, mas também inclui a prática de exercício físico, dieta, medidas preventivas, rastreios, idas a consultas, abandono de comportamentos de risco, que se traduzem em alterações no estilo de vida da pessoa (Sousa, 2019). No decorrer do estágio no SEDMR, foi fomentada a adesão da pessoa internada com Diabetes Mellitus ao regime terapêutico, tentando, em primeiro lugar perceber os motivos por detrás da não adesão, e, seguidamente, dando a perceber a importância de cumprir o regime terapêutico e as consequências de não o fazer. Foi fornecida informação ao doente sobre a sua própria patologia, os sinais e sintomas, benefícios do tratamento e as complicações que podem surgir se o regime terapêutico não for cumprido. Outro aspeto importante a considerar é que se trata de uma doença crónica, ou seja, não é um tratamento temporário, mas sim definitivo e, com o tempo, pode acontecer que a vontade inicial de cumprimento do regime terapêutico se vá desvanecendo, razão pela qual é importante sensibilizar para a frequência das consultas, onde será realizado o reforço de adesão ao regime terapêutico.

O papel do enfermeiro na gestão da adesão do utente ao regime terapêutico deve ser baseado no estabelecimento de objetivos realistas, através do envolvimento, participação e reforço positivo dos esforços conseguidos pelo doente, atendendo às suas preferências e simplificando o quanto possível os regimes terapêuticos. Assim, colaborou-se no processo de capacitação da pessoa internada na gestão da doença crónica, através da realização de colheita de dados, onde se percebeu quais as necessidades de aprendizagem da pessoa e com a realização dos respetivos ensinamentos ao longo do internamento, de forma que esta se encontrasse preparada para regressar ao domicílio em segurança. Foi igualmente promovida a consciencialização da pessoa internada acerca das complicações da sua doença crónica, nomeadamente através da explicação acerca dos sinais e sintomas da hipoglicémia e

respetiva forma de atuar e, no caso da Diabetes tipo I, falando acerca da cetoacidose, sintomas e forma de agir. Relativamente aos domínios da vida da pessoa internada afetados pelo diagnóstico de doença crónica, percebeu-se que eram muitos, nomeadamente a vida pessoal e familiar, já que o internamento implica um afastamento da mesma, com restrições a nível do contacto físico devido à limitação de visitas ainda em vigor na instituição. Estas limitações são colmatadas, em grande medida, pela utilização de meios digitais, como o computador ou o telemóvel, que permitem a realização de videochamadas. Existe também uma grande preocupação com a adaptação a novos hábitos e novas rotinas, com implicações inegáveis na vida quotidiana, isto numa fase inicial do diagnóstico. A estratégia utilizada pelo EE passa por “descomplicar” a situação, ajudando a encontrar estratégias facilitadoras e dando o exemplo de pessoas com adaptações positivas a este processo de doença crónica. No caso dos diabéticos tipo I, por exemplo, que têm de fazer a contabilização dos hidratos de carbono em gramas, uma das opções passa por exemplo por levarem uma lancheira para o local de trabalho, já com a comida pesada e as respetivas contabilizações feitas. No entanto, todo este processo passa por uma adaptação pessoal, tendo cada um dos doentes de perceber as estratégias de adaptação adequadas ao seu caso.

A nível psicológico, a autoimagem também é uma das áreas afetadas pelo diagnóstico de algumas doenças crónicas, nomeadamente a diabetes tipo I, com utilização de bomba de insulina ou mesmo pela utilização do Libre e pela presença de lipodistrofias. Acrescenta-se também a ansiedade e a apreensão com o futuro, que se afigura incerto devido as possíveis complicações da doença. Muitas vezes, é necessário referenciar estes doentes para a psicóloga, por forma a obterem um mais sólido e prolongado no tempo apoio a este nível.

O domínio social também pode ser afetado no regresso a casa, com maior isolamento social que urge contrariar. Uma das estratégias passa por referenciar para grupos de apoio da sua região, onde o contacto com pessoas com uma adaptação positiva serve também como reforço e para o combate à sensação de solidão na luta contra a doença.

Finalmente, o domínio laboral também pode ser afetado, nomeadamente pela presença de dor, que condiciona a realização de algumas tarefas, pelos internamentos decorrentes das descompensações, etc. A este nível, recomenda-se a comunicação aos colegas de trabalho da condição de saúde, no sentido de saber como atuar se ocorrer alguma complicação.

Por seu lado, no outro contexto de estágio, constatou-se que a dor crónica afeta de forma significativa a qualidade de vida e funcionalidade dos doentes/familiares/cuidadores, com consequências a nível físico e psicológico. Segundo Dydyk & Conermann (2024), é importante perceber como a dor crónica influencia o bem-estar físico e emocional, questionando o doente sobre depressão, qualidade do sono, tolerância a exercícios, produtividade no trabalho e capacidade de realizar tarefas básicas como ir ao wc, vestir-se, tomar banho, caminhar ou comer sem limitações. Assim, praticamente todos os domínios da vida do

doente/familiar/cuidador podem ser afetados pela presença de dor crónica, desde o autocuidado à vida familiar, social, laboral, No decorrer do estágio, esta situação foi comprovada através das entrevistas realizadas, sendo que a maior parte dos doentes referia o isolamento social, a incapacidade da realização de atividades de lazer e a tristeza/depressão como os fatores mais significativos. As estratégias adotadas passavam pelo apoio de profissionais diferenciados (psiquiatras, psicólogos), encaminhamento para os recursos da comunidade (sugestão de opções alternativas de atividades de lazer, centros recreativos, ...), sugestão de reforço dos laços familiares e comunitários (família, vizinhos, ...), entre outras sugestões. No que concerne aos familiares/cuidadores, estes também apresentavam um ou variados âmbitos da sua vida afetados, nomeadamente autocuidado, a atividade laboral e a vida social, não esquecendo o impacto emocional que o assumir do papel de cuidador implica. De realçar que, frequentemente, os cuidadores ocultam as suas dificuldades pessoais por receio da pessoa se sentir culpada pela exaustão provocada, por eles próprios se sentirem culpados e egoístas por pensarem no seu bem-estar quando cuidam de uma pessoa com dor crónica, sendo que é essencial ter uma atenção especial para estes cuidadores, no sentido de perceber sinais de exaustão muitas vezes de difícil perceção. Na UTD, os doentes encontravam-se maioritariamente acompanhados do familiar de referência/cuidador e esta análise era realizada durante a mesma. As estratégias de adaptação incluíam a recomendação de apoio especializado, no caso da presença de tristeza/depressão e a partilha de responsabilidades, se possível, com outra pessoa no cuidado com o doente.

A integração da família/cuidador no plano de cuidados e no processo de gestão da doença crónica constituiu-se sempre como uma prioridade no decorrer do estágio. A presença deste nas consultas, implicava que se constituísse também como recetor da informação transmitida, conhecedor do plano terapêutico e do regime medicamentoso, constituindo-se como uma fonte capaz de esclarecer dúvidas quando o doente não é capaz de absorver toda a informação fornecida. Constitui-se como um parceiro de cuidados no que concerne à gestão da doença e a sua integração e colaboração no plano de cuidados é fundamental para a concretização do mesmo. O conhecimento único do doente e da multiplicidade de fatores que o envolvem, tornam este agente como um provedor de informações fidedignas e de grande utilidade, constituindo-se reconhecidamente como uma peça fundamental em todo o processo terapêutico.

A doença crónica, pela sua característica temporal prolongada faz com que esta passe a ser parte integrante do indivíduo, tal como acontece na DC. Torna-se, portanto, relevante a consciencialização do seu processo de saúde e a capacitação para a autogestão do controlo algico, como já foi descrito anteriormente. Neste âmbito, a importância do cumprimento terapêutico para o controlo da DC assume-se como um pilar fundamental do tratamento sintomático. Considerando os cuidados centrados na pessoa, importa que, enquanto EE, se

defina um plano terapêutico individual e ajustado às necessidades. No decorrer do estágio, como já foi mencionado, a consulta de dor realizava-se em parceria como médico, pelo que o plano terapêutico era concretizado pelos dois, em estreita colaboração. Na primeira consulta, o doente é alertado para o objetivo desta consulta, que é o controlo e alívio da dor crónica oncológica, com o objetivo de gerir as expectativas do doente/família/cuidador e promover o processo de consciencialização. Pretende-se que a pessoa tenha uma perspetiva realista do seu processo de doença e da cronicidade do mesmo, considerando-o, enquanto futura EE, uma mais-valia para o seu processo de transição.

O cumprimento do regime terapêutico é essencial para obter ganhos em saúde, permitindo avaliar a eficácia do tratamento. Durante a consulta, é explicado de forma clara, adaptado à capacidade cognitiva e de compreensão da pessoa, a terapêutica farmacológica, o efeito esperado e os efeitos secundários. É fornecido o contacto telefónico caso surja alguma dúvida ou agravamento da dor. É importante, à medida que vai sendo necessário, dados os benefícios da sua introdução no regime medicamentoso, desmistificar a utilização de alguns fármacos, nomeadamente os opióides. Na UTD é explicado ao doente/família/cuidador que, se a medicação atualmente prescrita não cumprir o objetivo terapêutico ao nível do alívio da dor, existe a possibilidade de progredir para uma medicação mais forte, de modo a controlar a dor e aumentar a qualidade de vida. De uma forma simplificada, é apresentada a escada analgésica, com progressão na medicação à medida da progressão da dor. O EE é muito importante no ensino sobre o regime farmacológico, conforme a prescrição médica e deve personalizar o ensino de acordo com a pessoa e família/cuidador. A este nível, os contactos telefónicos por parte de doentes/familiares/cuidadores eram uma constante. Conforme descrito por Ebrahimabadi et al. (2021), a utilização do telefone pode ser um método eficaz para prestar cuidados de apoio de baixo custo, melhorando a comunicação entre a pessoa e os profissionais de saúde e eliminando as barreiras de tempo e espaço no acesso aos cuidados oncológicos. Aquando destes contactos, o enfermeiro resolvia frequentemente a situação de forma autónoma, através da consulta do processo terapêutico e da gestão dos SOS prescritos. Isto porque, não raras vezes, estes contactos aconteciam numa situação de agudização da dor, mas sem terem sido esgotados os recursos aos SOS.

No âmbito da autonomia da intervenção especializada, o EE assume igualmente um papel muito relevante ao nível das estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Na consulta de dor, sempre que o doente tinha uma dor forte ou dor irruptiva, com necessidade de medicação, era-lhe oferecida a possibilidade de permanecer deitado no hospital de dia, até existir alívio da dor e o doente se sentir capaz de ir embora. Neste período, era realizado um controle da temperatura, da luminosidade e do ruído, de acordo com as preferências do doente, de modo a proporcionar um ambiente o mais calmo e relaxado possível. Era igualmente possibilitada a presença do familiar/cuidador junto do doente.

A adesão ao regime terapêutico é fundamental para o controlo eficaz da dor e, para tal, o ensino é essencial para garantir que a pessoa compreende a importância do seu cumprimento e o cumpre de forma adequada. A intervenção do EE deve centrar-se na procura e análise dos motivos que levam ao não cumprimento, destacando-se alguns detetados nas consultas realizadas: medicação não conduzia ao alívio da dor, receios relacionados com a medicação (efeitos secundários, repercussões em outros órgãos), dificuldade na compreensão do esquema terapêutico (nomeadamente quando é um esquema mais complexo), dificuldades económicas, problemas na aquisição da medicação, entre outros. Muitas das razões apresentadas seriam facilmente ultrapassáveis através do contacto com o profissional de saúde ou solicitando ajuda de outras pessoas. Na realidade, percebe-se que o não cumprimento do regime terapêutico se relaciona com o tipo de perfil de autocuidado dessas pessoas. Apresentam falta de responsabilidade e compromisso com o plano terapêutico. Enquanto futura EE e no âmbito da UTD, foi importante analisar e avaliar as necessidades da pessoa com DC oncológica, no que concerne ao regime terapêutico e desenvolver estratégias que fossem facilitadoras, no sentido de fomentar a adesão ao regime terapêutico. Visto que a avaliação da adesão não é uma prática implementada na UTD do IPOFG, o papel do enfermeiro especialista tornar-se-ia fundamental na disseminação de boas práticas neste contexto, podendo o seu contributo passar por sensibilizar a equipa para a importância do acompanhamento contínuo, onde fosse utilizado mais do que um método de avaliação da adesão, conforme sugestão de Krikorian et al. (2019), como a contagem de comprimidos e a aplicação de questionários de autorrelato para identificação de indivíduos em risco de não adesão.

O EE em EMC, ao considerar os diversos contextos de atuação e a complexidade dos processos terapêuticos, desempenha um papel crucial na gestão do risco e na criação de um ambiente favorável à prática de cuidados especializados. Assim, ajusta a sua abordagem, garantindo não apenas a sua segurança, mas também a da pessoa alvo da intervenção especializada e da sua família/cuidador. Este compromisso evidencia a responsabilidade e a competência do EE na promoção de cuidados de qualidade, alinhados com as necessidades específicas de cada situação clínica (Regulamento nº 429/2018, 2018). O Regulamento nº 140/2019 (2019) e o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 reconhece competências no âmbito da segurança do doente na promoção de um ambiente seguro, através do uso de estratégias para a garantia da qualidade, gestão do risco, administração segura de terapêutica, implementação de procedimentos promotores do controlo de infeção e processos de notificação de incidentes de segurança. É da competência das instituições de saúde e dos seus profissionais, em particular dos enfermeiros especialistas em EMC, a aquisição de competências que lhes permitam implementar ações eficazes e monitorizar os resultados da gestão do risco associados aos cuidados de saúde. Assume-se como fundamental garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, porque ao reconhecer e mitigar

potenciais riscos, o enfermeiro pode prevenir eventos adversos e melhorar os resultados em saúde. A segurança do doente, enquanto característica essencial da qualidade dos cuidados de saúde, tem um papel relevante tanto para os doentes e familiares, que ambicionam sentir-se seguros e confiantes, como para os profissionais que querem prestar cuidados seguros e eficientes (Esteves & Pinto, 2021).

Durante o estágio, estes pressupostos foram garantidos, com a promoção da utilização de medidas de segurança, prevenindo potenciais incidentes decorrentes da administração terapêutica e outros procedimentos.

A comunicação afigura-se como fundamental ao longo de todo o ciclo de cuidados, tendo especial enfoque nos momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou de passagem de informação entre os diversos profissionais envolvidos nos cuidados, sendo esta uma das áreas priorizada pela Organização Mundial de Saúde (Despacho nº 9390/2021, 2021). A eficácia dos cuidados de enfermagem e, desta forma, a segurança do doente, são diretamente influenciadas pela forma como a informação é transmitida. Assim, a continuidade dos cuidados só pode ser garantida através de uma comunicação eficaz, sendo esta fundamental para garantir uma transição coesa e informada ao longo do processo de cuidados (Ramos & Cunha, 2022). Neste âmbito, durante o estágio realizado na UTD, houve sempre uma preocupação acrescida em confirmar a medicação prescrita, visto que maioritariamente a prescrição era realizada apenas verbalmente. Neste serviço, foi também possível acompanhar o enfermeiro Tutor na transferência de um doente para um serviço de internamento. No serviço de endocrinologia, por sua vez, foi possível assistir e realizar a passagem de turno. A informação transmitida foi clara, precisa e completa, cumprindo os pressupostos da DGS, que recomenda a utilização da técnica ISBAR (Direção-Geral da Saúde, 2017) como ferramenta de padronização de comunicação em saúde, que visa a promoção da segurança do doente na transição dos cuidados, entre as equipas prestadoras de cuidados. Atualmente, as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, originando falta de confiança na relação entre os intervenientes, podendo induzir o desaproveitamento do tempo e uma quebra nos processos da equipa multidisciplinar, colocando em risco a segurança do doente (Mannix et al., 2017). As falhas mais comuns referem-se a omissões de informação, falta de precisão e falta de priorização das atividades (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018), o EE em EMCPSC, preside o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos. No decorrer dos estágios, foram identificadas as principais normas e protocolos existentes nos serviços no âmbito do controlo da infeção, que são os gerais em termos da política dos respetivos hospitais. No contexto da consulta/hospital de dia de tratamento de dor, a prevenção da

infecção materializou-se em ações como o cumprimento da higiene das mãos: antes e depois do contacto com a pessoa; antes de um procedimento limpo/assético; após o risco de exposição a fluídos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso e após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente da pessoa, conforme preconizado pela DGS. No que se refere aos doentes, durante a realização dos tratamentos, cumpriu-se a alocação das pessoas nas boxes individuais e reforçaram-se os ensinamentos sobre a higiene das mãos e a etiqueta respiratória, explicando a razão destas medidas. Estas indicações foram especialmente importantes em doentes portadores de traqueotomias, que muitas vezes ou desconheciam ou não eram cumpridores destas regras. A literacia sobre os cuidados para evitar a propagação dos vírus sazonais, nomeadamente, respiratórios é também uma competência do EE, ao fomentar a adesão da pessoa, família e cuidador à prevenção e controlo de infeção (Regulamento n.º 429/2018, 2018). No SEDMR, foram igualmente prestados cuidados de enfermagem respeitando as medidas de prevenção e controlo da infeção, com a utilização de equipamento de proteção individual adequado a cada situação, com a desinfeção das mãos nos momentos preconizados e também do material entre doentes. A higienização das unidades dos doentes é delegada nas assistentes operacionais, com os conhecimentos fornecidos pelo elo da SPCIRA. O EE de enfermagem médico-cirúrgica deve estimular a mudança de práticas, identificando as causas de não adesão às normas de controlo de infeção, avaliando as necessidades formativas, realizando ações de formação para a equipa multidisciplinar direcionadas às necessidades identificadas, incluindo PBCI, PBVT e uso adequado de equipamento proteção individual.

Assim, tendo por base a unidade competência – “Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.23), reconhece-se que o EE em EMCPSC se encontra numa posição privilegiada para assegurar que as recomendações sejam efetivamente integradas na prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento de programas preventivos que visam a redução de infeções associadas aos cuidados de saúde e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Deste modo, é fundamental que estes profissionais especializados realizem formação para os restantes profissionais de saúde, realizem auditorias para avaliar a adesão às práticas recomendadas e divulguem os respetivos resultados e, por fim, identifiquem áreas para melhorias, garantindo que todos estejam atualizados e informados sobre o progresso (Direção-Geral da Saúde, 2022b).

Portanto, considera-se que, no decorrer do estágio, se deu cumprimento às normas hospitalares e recomendações no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, tal como é preconizado enquanto futura EE.

Em forma de conclusão, perante as várias atividades desenvolvidas em cada uma das competências, considera-se ter desenvolvido os conhecimentos e competências necessárias à obtenção do título de EE em EMCPSC.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

3 – O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO NA GESTÃO DA DOR: *SCOPING REVIEW*

RESUMO

Introdução: A dor crónica é uma experiência multidimensional que afeta a qualidade de vida dos doentes oncológicos e dos seus cuidadores, constituindo-se a gestão da dor como uma das tarefas mais desafiantes para os mesmos. Estes enfrentam uma série de dificuldades que importa identificar, para implementar as intervenções da enfermagem adequadas. O enfermeiro especialista deve constituir-se como um facilitador na adaptação à doença crónica, nomeadamente apoiando os cuidadores no seu papel.

Objetivo: Mapear as dificuldades e os fatores facilitadores identificados pelo cuidador informal na gestão da dor crónica do doente oncológico.

Métodos: Realização de scoping review, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, com a questão de investigação: Quais as dificuldades e fatores facilitadores identificados pelo cuidador informal na gestão da dor crónica do doente oncológico? Foram incluídos estudos em que a população eram cuidadores de doentes oncológicos (P), o conceito em estudo é a gestão da dor crónica (C) e o contexto inclui os cuidados prestados ambulatorio (C). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE (via PUBMED) e CINAHL *Complete* (via EBSCO) e no Google Scholar, no que se refere à literatura cinzenta. Não foi estabelecido limite linguístico nem temporal. Aplicados os critérios de exclusão, foram selecionados para análise 14 artigos que respeitavam os critérios de inclusão

Resultados: Dos 14 estudos analisados, foram extraídos dados relativos às intervenções do CI na gestão da dor, às dificuldades/ barreiras e às estratégias facilitadoras utilizadas. As intervenções do CI foram identificadas apenas em 8 dos estudos analisados e prendem-se principalmente com questões relacionadas com a avaliação e gestão da dor e medicação analgésica, com o doente e a equipa de saúde. As dificuldades identificadas relacionam-se novamente com a dor, a equipa de cuidados, especialmente dificuldades na comunicação, falta de apoio e de preparação do CI para exercer esta função, com a sobrecarga sentida pelo CI e aspetos relacionados com a medicação. As estratégias facilitadoras mencionadas incluem o aumento de conhecimentos sobre a dor (através da equipa de saúde e outros meios), comunicação mais eficaz com a equipa de saúde (presencial ou através de meios digitais), intervenções educativas por parte desta, a partilha de responsabilidades no cuidar e criar uma lista de recursos, entre outras. As dificuldades identificadas e as estratégias

utilizadas pelo CI permitem planejar intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades do doente/família e alcançar uma gestão mais eficaz da dor crónica em oncologia.

Conclusão: Ao reconhecer o papel do CI de doentes oncológicos na gestão da dor crónica e os obstáculos e estratégias facilitadoras identificadas, torna-se possível desenvolver intervenções específicas e personalizadas que promovam ganhos em saúde e sejam facilitadoras da gestão da dor crónica.

Palavras-chave: Cuidador; Gestão; Dor Crónica; Doente oncológico; Ambulatório

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional complexa, profundamente subjetiva, que continua a ser um dos sintomas mais prevalentes e angustiantes em doentes com cancro (Raja et al., 2020; Batalha, 2016). O seu controlo eficaz é essencial para garantir a dignidade e a qualidade de vida destes indivíduos, sendo reconhecido como um direito fundamental das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Apesar dos avanços científicos e das diretrizes nacionais e internacionais, a dor crónica oncológica permanece frequentemente subvalorizada e subtratada.

Em Portugal, têm-se registado progressos significativos no reconhecimento institucional da dor como uma prioridade em saúde pública. Exemplo disso é a criação, em 2001, do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), o primeiro na Europa, e a designação oficial da dor como quinto sinal vital pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2003. A mais recente atualização deste plano, em 2017, reformulou os objetivos estratégicos nacionais com vista à prevenção e controlo eficaz da dor.

A dor oncológica pode manifestar-se sob diferentes formas – dor nociceptiva, neuropática ou mista – e apresentar-se de forma aguda ou crónica. A DC, com duração superior a três meses, implica alterações fisiopatológicas complexas, como a sensibilização central e disfunções nos mecanismos de modulação da dor (Treede et al., 2019; Raffaelli et al., 2021). Esta tipologia de dor não é apenas uma extensão da dor aguda, mas sim uma entidade distinta que requer avaliação rigorosa e abordagem terapêutica multidimensional (Kang et al., 2023).

Com o atual modelo de prestação de cuidados de saúde, marcado pela preferência por contextos domiciliários em detrimento de internamentos prolongados, o cuidador informal (CI) passou a desempenhar um papel central na assistência a pessoas com doença oncológica (Miguel et al., 2019). O CI, muitas vezes um familiar próximo, é responsável pela administração de medicação, acompanhamento a consultas, vigilância de sintomas, apoio emocional e gestão de tarefas do quotidiano do doente (Sousa et al., 2021). Contudo, grande

parte destes cuidadores não possui formação na área da saúde, enfrentando múltiplos desafios no desempenho desta função (Sousa et al., 2022).

A Teoria das Transições de Meleis (2010) constitui um referencial teórico pertinente para compreender o processo vivido pelos cuidadores informais. Esta teoria descreve a transição como um processo dinâmico que envolve mudanças profundas a nível físico, psicológico, social e económico, particularmente visível na assunção do papel de cuidador informal. A vulnerabilidade sentida durante este processo pode comprometer a adaptação e o bem-estar do cuidador, exigindo, por isso, o apoio e a orientação de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, no desenvolvimento de competências de autocuidado e gestão da dor (Santos et al., 2016; Zhang et al., 2023).

Apesar de alguns estudos identificarem a importância da gestão da dor por parte dos cuidadores informais, continua a existir escassez de investigação sobre o seu papel específico, especialmente no que se refere à dor crónica no contexto oncológico (Chi & Demiris, 2017). Muitos cuidadores relatam sentimentos de insegurança e sobrecarga, dificuldades na administração de terapêutica analgésica e resistência em reconhecer a dor como um sinal de progressão da doença (Sun et al., 2016; Guimarães et al., 2020). Estes fatores podem influenciar negativamente tanto a experiência do doente como a saúde física e emocional do próprio cuidador.

Por outro lado, há evidência de que, quando devidamente apoiados, os cuidadores informais conseguem desenvolver estratégias facilitadoras para a gestão da dor, como a utilização de métodos não farmacológicos (massagem, posicionamento, mindfulness), o recurso à comunicação com profissionais e a partilha de responsabilidades com outros membros da família (Day, 2017; Morikawa et al., 2023). Estas estratégias permitem não apenas um melhor controlo da dor, mas também maior segurança e confiança no desempenho do papel de cuidador.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo mapear as intervenções realizadas pelos cuidadores informais na gestão da dor em doentes oncológicos, identificar as dificuldades e barreiras por eles descritas, e compreender as estratégias facilitadoras utilizadas. Através desta análise, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão do papel do cuidador informal, valorizando a sua participação no processo terapêutico e fundamentando intervenções de enfermagem e políticas de saúde mais eficazes e direcionadas.

Compreender em profundidade o papel do CI na gestão da dor oncológica é, assim, fundamental para promover respostas mais eficazes por parte das equipas de saúde. Os dados resultantes deste estudo poderão sustentar o desenvolvimento de programas de formação, suporte emocional e capacitação dos cuidadores, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e no alívio da dor do doente. Para além disso, o reconhecimento das

suas necessidades e estratégias facilitará a sua integração nos planos terapêuticos, promovendo uma abordagem de cuidados centrada na pessoa e na família (Gallagher et al. 2017; Swarm et al., 2019).

Na sequência desta constatação, surgiu o interesse em explorar este tema na componente de investigação, tendo optado por realizar uma *scoping review* com os seguintes objetivos de pesquisa: mapear as intervenções do CI do doente oncológico na gestão da dor; identificar as dificuldades/barreiras descritas pelo CI na gestão da dor no doente oncológico e identificar as estratégias facilitadoras utilizadas pelo CI na gestão da dor crónica do doente oncológico.

METODOLOGIA

O estudo de investigação apresentado é uma *Scoping Review* que foi realizada de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* [JBI] (2024). Segundo Rodger et al. (2024), o objetivo de uma *scoping review* é identificar e mapear a evidência existente sobre um determinado tópico e sintetizar a informação previamente existente, possibilitando assim a identificação de lacunas na literatura atual e recomendando a realização de investigações futuras que sejam esclarecedoras de aspetos não clarificados na revisão realizada. Deste modo, e tendo por base a questão de investigação previamente formulada, a *scoping review* apresentada assegurou os critérios de elegibilidade preconizados pelo JBI (Peters et al., 2024), seguindo a mnemónica PCC (População, Contexto, Conceito), tendo sido incluídos estudos cuja população seja constituída por cuidadores informais de doentes oncológicos (P), com enfoque nas intervenções dos cuidadores na gestão da dor, bem como nas suas dificuldades e estratégias facilitadoras utilizadas (C), em contexto de domicilio (C). As fontes da revisão *scoping* a considerar integraram estudos primários, secundários, de natureza qualitativa, quantitativa ou mistos, revisões sistemáticas da literatura e estudos provenientes da literatura cinzenta. A pesquisa foi realizada sem limite temporal ou de idioma. Definiram-se como critérios de exclusão, os artigos que se encontravam duplicados e que não respondiam à questão de investigação, bem como artigos que não se encontrassem completos, estudos que na sua amostra também incluam outro tipo de doentes (não oncológicos) e os que se referiam a doentes oncológicos em idade pediátrica. A pesquisa foi realizada a 26 de outubro de 2024, nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL *Complete* (via EBSCOhost) e Google Scholar, com o objetivo de identificar estudos publicados e não publicados. A estratégia de pesquisa decorreu em três etapas. A primeira etapa correspondeu a uma pesquisa inicial nas bases de dados e no *Google Scholar*, com os objetivos de identificar artigos sobre o tema, avaliar os termos de pesquisa e analisar as palavras utilizadas no título, resumo e respetivos descritores aplicados nos artigos. Numa segunda etapa, foram utilizados descritores comuns às duas bases de dados: “*Informal caregiver*”, “*Informal Care Giver**”, “*Informal carer**”, “*Informal caretaker**”, “*Cancer patient*”, “*Oncology patient*”, “*Pain management*”, “*Ache*

management” e *“Home Care”*. Estes descritores foram combinados com descritores específicos para cada base de dados, *Medical Subject Headings* (MeSH) e *CINAHL Subject Headings*, para a MEDLINE E *CINAHL Complete*, respetivamente, e operacionalizados pelos operadores booleanos “OR” e “AND”, definindo-se uma estratégia de pesquisa completa para cada base de dados. No Apêndice 9 consta a estratégia de pesquisa utilizada na base de dados MEDLINE (via PubMed). Depois de concluída a pesquisa, os resultados obtidos nas diferentes fases de dados foram transferidos para a plataforma *Rayyan* QCRI (Qatar Computing Research Institute), utilizada para realizar uma revisão cega dos artigos, o que inclui a extração dos estudos duplicados e a triagem dos estudos de acordo com o título e resumo, para verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. Os estudos que respeitavam os critérios de inclusão e que respondiam à questão de investigação foram lidos na íntegra, e, após a sua análise, foram excluídos aqueles sem critério de elegibilidade. Na última etapa, foram ainda analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão para identificar a pertinência de estudos adicionais relevantes para a mesma. Não foi considerado nenhum estudo adicional para integrar nos resultados da revisão. Este processo foi realizado por dois revisores independentes. Nas divergências encontradas foi solicitada a intervenção de um terceiro revisor.

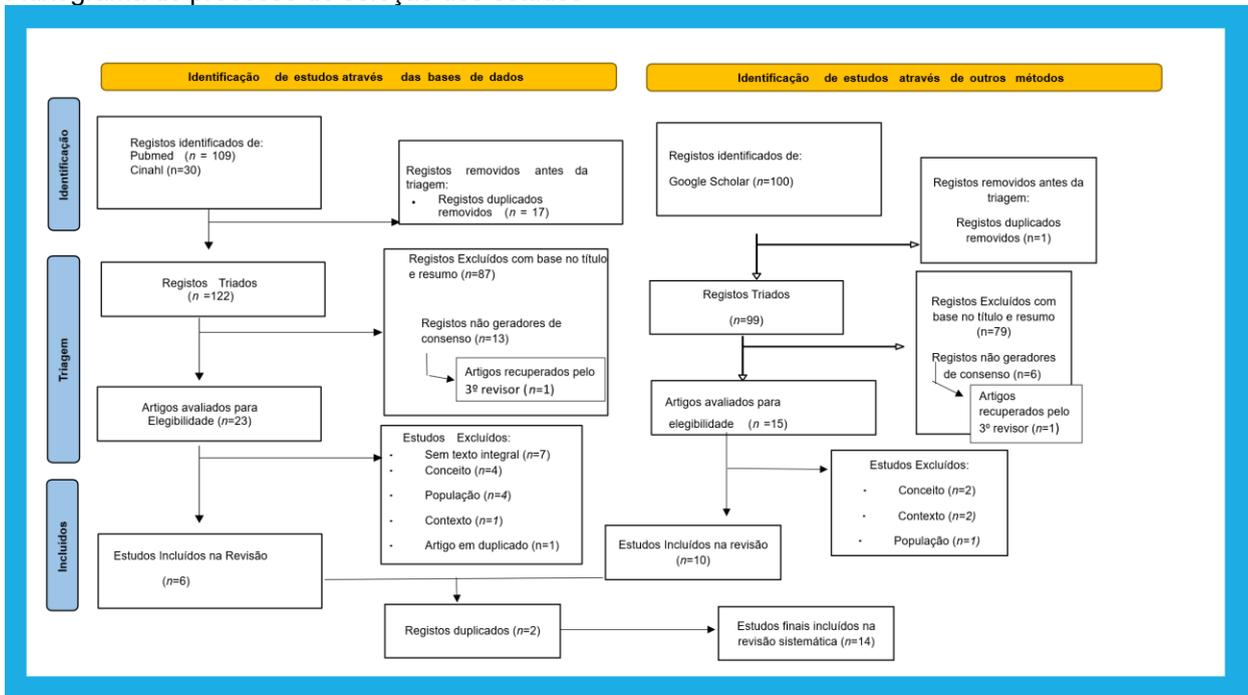
A scoping review elaborada após este processo foi devidamente registada no Open Science Framework (OSF) (DOI 10.17605/OSF.IO/NDF62).

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa e do processo de seleção dos artigos realizada serão apresentados recorrendo a um diagrama de fluxo, permitindo uma análise quantitativa e descritiva, a fim de evidenciar o processo de inclusão dos artigos, utilizando a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic reviews e Meta-Analyses* (PRISMA), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Da pesquisa realizada nas bases de dados científicas foram obtidos um total de 109 artigos na PUBMED e 30 artigos na CINAHL, totalizando um total de 139 artigos nas duas bases de dados científicas. Destes artigos, 17 foram removidos antes da seleção por se encontrarem duplicados, o que perfaz um total de 122 artigos restantes para a triagem de acordo com o título e resumo. Desta triagem, 87 foram excluídos. No que concerne aos restantes, foram incluídos, sendo que 13 não reuniram consenso entre os dois revisores, o que implicou a intervenção de um terceiro revisor. Destes 13 artigos, apenas um foi recuperado, de acordo com a sua avaliação. Deste modo, prevaleceram 23 artigos para avaliação de texto integral. Depois de realizada a avaliação, permaneceram apenas 6 para inclusão na *scoping review*, tendo os restantes sido excluídos por diversas razões: 7 por não estar disponível o texto integral, 4 pelo conceito, 4 pela população, 1 pelo contexto e 1 por se encontrar duplicado (mesmo artigo publicado em dois locais diferentes). No que se refere à literatura cinzenta, foi realizada uma seleção inicial dos 100 artigos presentes nas primeiras 10 páginas. Destes, um encontrava-se duplicado, pelo que restaram 99 artigos para avaliação, 79 dos quais foram excluídos com base no título e resumo. Mais uma vez, não houve consenso entre os dois revisores, sendo exigida a intervenção de um terceiro revisor. Dos 6 artigos geradores de dúvida, 1 deles foi recuperado e foi incluído na leitura integral, totalizando 15 artigos nesta fase, dos quais 5 foram excluídos pelas seguintes razões: 2 pelo conceito, 2 pelo contexto e 1 pela população.

Somando os artigos resultantes do processo de seleção das bases científicas e da literatura cinzenta, surgiu um total de 16 artigos, sendo que 2 se encontravam repetidos. Finalizou-se o processo de seleção com um total de 14 artigos que foram incluídos na *scoping review*.

Os dados dos estudos foram extraídos, de forma independente, por dois revisores, utilizando uma tabela de extração de evidências (Apêndice 10), desenvolvida pelos mesmos, de acordo com os objetivos da questão de investigação formulados.

Na Tabela 1 encontram-se resumidas informações que nos permitem caracterizar cada um dos estudos, que apresentamos de seguida em forma de síntese narrativa. Apesar de não termos definido limites temporais na seleção dos artigos, podemos observar na tabela 1 que o mais antigo é de 2002 (Schumacher et al.) e o mais recente de 2023 (Chi et al.). De salientar que apenas dois dos estudos são referentes aos últimos cinco anos (Rafii et al., 2021 e Chi et al., 2023). Esta é uma das razões subjacentes à realização desta *scoping review* sem limite temporal, visto que se tivesse optado por esta via, os resultados obtidos seriam pouco representativos e em diminuta quantidade, dada a reduzida quantidade de estudos recentes (últimos cinco anos) sobre a temática em estudo.

No que se refere à sua origem, os estudos foram realizados maioritariamente nos Estados Unidos (6), seguido do Canadá (3). Os restantes, tiveram origem nos seguintes países: Uganda, Grécia, China, Irão e Reino Unido. Desta análise realça-se o facto de apenas dois terem origem a nível europeu e não existir nenhum com origem em Portugal.

Relativamente ao número de participantes nos estudos, os estudos têm amostra muito variáveis. O número mínimo de pessoas foi de 24 prestadores de cuidados (Mehta et al., 2014; Mehta et al., 2010) e o máximo foi de 329 familiares cuidadores de doentes oncológicos, num dos estudos selecionados na Revisão sistemática da literatura de Meeker et al. (2011).

Relativamente aos desenhos metodológicos, verificou-se que dos 14 estudos em análise, sete são estudos primários (Rafii et al., 2021; Lin et al, 2006; McPherson et al.,2013; Konstantis & Exiara, 2018; Kizza & Muliira, 2019; Mehta et al, 2010; Schumacher et al., 2002).

Destes, quatro são estudos de intervenção, (Latter et al., 2016; Lin et al., 2006; Meeker et al., 2011; Kizza & Muliira, 2019; Schumacher et al., 2022), dois são estudos quantitativos (Konstantis & Exiara, 2018; Lin et al, 2006) e os restantes são qualitativos. Foram incluídas nesta revisão três revisões sistemáticas da literatura (Latter et al., 2016; Meeker et al., 2011; Ferrell, 2019).

Duas das revisões sistemáticas focaram-se apenas em estudos de intervenção: Latter et al. (2016) incluiu intervenções sobre a gestão da medicação para a dor e Ferrell (2019) encontrou intervenções do tipo psicoeducacionais, treino de habilidades e aconselhamento nos estudos analisados. Por seu lado, no estudo de Meeker et al. (2011), foram incluídos artigos de revisão e relatórios de investigação primária, que incluíam, por sua vez estudos de intervenção e estudos descritivos.

Tabela 1

Resumo das características dos estudos incluídos na scoping review

	Título	Autores	Ano	País	Tipo de Estudo	Nº de participantes
E1	Comunicar os desafios dos prestadores de cuidados no tratamento da dor do cancro: Uma análise das visitas domiciliárias de cuidados paliativos	Han, C.; Chi, N.; Han, S.; Demiris, G.; Parker-Oliver, D.; Washington, K.; Clayton, M.; Reblin, M. & Ellington, L.	2018	Estados Unidos da América	Estudo com abordagem qualitativa	65 visitas de enfermagem
E2	Como podemos ajudar os familiares prestadores de cuidados a gerir os medicamentos para a dor em doentes com cancro avançado? Uma revisão sistemática dos estudos de intervenção	Latter, S.; Hopkinson, J.; Richardson, A.; Hughes, J.; Lowson, E. & Edwards, D.	2016	Reino Unido	Revisão sistemática da literatura	8 estudos, com um total de 582 díades familiares cuidador-paciente na avaliação inicial; 329 díades foram alocadas para receber intervenções e 326 cuidadores receberam uma intervenção com o paciente presente
E3	Barreiras ao tratamento eficaz da dor oncológica em ambiente doméstico: Um estudo qualitativo	Rafii, F.; Taleghani, F.; Khatooni, M.	2021	Irão	Estudo qualitativo exploratório descritivo	20 doentes e 32 familiares prestadores de cuidados
E4	Eficácia a longo prazo de um programa de educação sobre a dor para doentes e familiares na superação de barreiras para a gestão da dor	Lin, C.; Chou, P.; Wu, S.; Chang, Y. & Lai, Y	2006	China	Desenho experimental e longitudinal	Grupo experimental- 31 pares de doentes oncológicos e familiares cuidadores,;

	oncológica					grupo de control -30 pares doente-família.
E5	Cuidadores familiares e tratamento da dor oncológica: Uma análise	Meeker,M;Finnel I,D & Othman,A	2011	Estados Unidos da América	Revisão sistemática da literatura	37 estudos. As amostras dos estudos variaram entre apenas 9 e 329 prestadores de cuidados.
E6	Desafios dos cuidadores familiares na gestão da dor oncológica dos doentes que recebem cuidados paliativos	Chi, N; Nakad,L.; Han, S; Washington, K.;Hagiwara, Y.; Riffin, C.; Oliver,D. & Demiris, G.	2023	Estados Unidos da América	Estudo qualitativo	40 cuidadores familiares de doentes que receberam cuidados paliativos
E7	Dor relacionada com o cancro em idosos que recebem cuidados paliativos: Perspetivas do doente e do familiar prestador de cuidados sobre a experiência da dor	McPherson,C; Hadjistavropoulos, T.; Lobchuk, M. & Kilgour,K.	2013	Canadá	Estudo qualitativo descritivo	18 e 15 prestadores de cuidados.
E8	Preocupações informais dos prestadores de cuidados paliativos na gestão da dor: Um estudo qualitativo	Kelley,M.; Demiris, G.;Nguyen,H.; Oliver, D. & Wittenberg-Lyles, E.	2013	Estados Unidos da América	Estudo qualitativo	29 prestadores de cuidados informais
E9	Prestação de cuidados à família e tratamento da dor do cancro – Revisão sistemática da literatura	Ferrell,B	2019	Estados Unidos da América	Revisão sistemática da literatura	10 ensaios clínicos
E10	Crenças e barreiras dos familiares prestadores de cuidados ao	Konstantis, A.; Exiara,T.	2018	Grécia	Desenho de inquérito transversal descritivo que gera	202 familiares cuidadores

	tratamento eficaz da dor de doentes com cancro em ambientes de cuidados domiciliários				dados de investigação quantitativos.	
E11	A influência de uma intervenção educacional domiciliar na família. Conhecimento e autoeficácia dos cuidadores para a gestão da dor oncológica em pacientes adultos em um ambiente com recursos limitados	Kizza I, & Muliira, J	2019	Uganda	Estudo qualitativo	54 cuidadores familiares
E12	Cuidadores familiares de doentes com cancro paliativo em casa: o quebra cabeças da gestão da dor	Mehta, A.; Cohen, S.; Carnevale, F.; Ezer, H. & Ducharme, F.	2010	Canadá	Estudo qualitativo	24 prestadores de cuidados
E13	Voando às cegas: fontes de angústia para cuidadores familiares de doentes com cancro paliativo controlando a dor em casa	Mehta A; Chan L. & Cohen, S.	2014	Canadá	Estudo qualitativo	24 cuidadores familiares
E14	Pôr em prática os regimes de tratamento da dor oncológica em casa	Schumacher, K.; Koresawa, S.; West, C.; Hawkins, C., Johnson, C.; Wais, E.; Dodd, M.; Paul, S.; Tripathy, D.; Koo, P. & Miaskowski, C.	2002	Estados Unidos da América	Estudo qualitativo	52 doentes e 33 prestadores de cuidados

Relativamente aos objetivos dos estudos analisados, o maior volume de informação surgiu no item “Dificuldades / Barreiras do cuidador na gestão da dor” e cinco dos estudos (Han et al., 2018; Rafii et al., 2021; Chi et al., 2023; Kelley et al., 2013; Konstantis & Exiara, 2018) centraram a sua informação nos desafios/barreiras/preocupações enfrentadas pelos

cuidadores familiares do doente oncológico na gestão da dor. A maioria dos estudos, excepto seis (Lin et al., 2006; Meeker et al., 2011; Ferrell, 2019; Konstantis & Exiara, 2018; Kizza & Muliira, 2019; Schumacher et al., 2002), tem a sua atenção centrada em cuidadores informais de doentes que estão a ser acompanhados em contexto de cuidados paliativos.

Apresentam-se em seguida os resultados que permitem dar resposta à questão de pesquisa. Para melhor compreensão dos resultados obtidos, estes serão apresentados tendo em consideração os objetivos traçados para este trabalho de investigação. Deste modo, apresenta-se uma análise narrativa e respetiva tabela com a síntese e a identificação dos artigos que se referem a cada um dos domínios mencionados.

Apresentamos na tabela 2 a síntese dos resultados obtidos referentes às Intervenções do cuidador informal na gestão da dor. Como se observa, os cuidadores informais assumem múltiplas funções na gestão da dor, que agrupámos em três grandes áreas: gestão da dor, relação com o doente e comunicação com a equipa de cuidados.

No domínio da dor, o cuidador atua ativamente na gestão da dor, nomeadamente realizando a avaliação da dor, a administração de terapêutica analgésica e a implementação de estratégias não farmacológicas, assumindo responsabilidades clínicas significativas (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E12).

Enquanto cuidador, assume um importante papel de suporte ao doente, salientando-se as intervenções promotoras da adesão ao tratamento, o incentivar da autogestão e o manter uma comunicação positiva (E1, E3, E5, E7). A manutenção de uma relação eficaz com o doente, o suporte nos momentos mais complicados são intervenções consideradas muito importantes, reforçando a importância da relação interpessoal na eficácia da gestão da dor.

A articulação com a equipa de saúde é outra intervenção central desempenhada pelo cuidador informal (E1, E2, E4, E5, E9). Os cuidadores são frequentemente o elo de ligação entre o doente e os profissionais, assumindo o papel de mediadores, esclarecendo dúvidas e partilhando preocupações.

Tabela 2

Intervenções do cuidador na gestão da dor

Categoria	Intervenções	Artigos
1. Dor	- Avaliar e gerir a dor - Administrar e gerir a medicação analgésica	E1; E2; E3; E4; E5; E7; E9; E12
	- Estratégias não farmacológicas	

2. Doente	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar adesão ao regime terapêutico - Ajudar o doente na autogestão - Gerir a relação/comunicação com o doente - Apoio e suporte ao doente 	E1; E3; E5; E7
3. Equipa de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Articular-se com a equipa - Esclarecer dúvidas - Comunicar medos e preocupações 	E1; E2; E4; E5; E9

A maioria dos artigos analisa as dificuldades/barreiras enfrentadas pelos cuidadores, no exercício deste papel.

Na tabela 3 apresentam-se as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, que muitas vezes comprometem a eficácia das suas intervenções. Estas dificuldades ocorrem tanto a nível técnico como emocional e organizacional. Sistematizamos as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores em seis categorias: dor, doente, equipa de cuidados, cuidador informal, medicação e doença.

Na gestão da dor propriamente dita, os cuidadores referem dificuldades na identificação e comunicação da dor, bem como na seleção das estratégias de controlo mais adequadas (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E13, E14). A ocultação da dor pelo doente também dificulta o processo.

Relativamente ao doente, surge a dificuldade em controlar o bem-estar global e assegurar a adesão terapêutica (E1, E3, E6, E7). Estas barreiras apontam para lacunas na comunicação, no conhecimento e na motivação do próprio doente.

Com a equipa de cuidados, os desafios são significativos. Os cuidadores referem falhas de comunicação, falta de orientação e apoio, bem como tempo reduzido de interação com os profissionais que lhes permita uma atuação mais confiante (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E11, E13, E14). Tais fatores contribuem para sentimentos de insegurança e isolamento do cuidador.

Os cuidados manifestam também dificuldades relacionadas com o seu próprio desempenho, crenças e capacidades (E1; E3; E6; E7; E8; E9; E12; E13). Manifestam dificuldades na gestão do seu próprio sofrimento e do sofrimento do doente. A prestação de cuidados é frequentemente acompanhada por insegurança e stress. O facto de muitas vezes terem de assumir outros papéis familiares e profissionais também dificulta o desempenho do papel de cuidador, sentido que muitas vezes é um dever, uma responsabilidade que cai so bre eles e agrava as suas limitações, quer físicas quer psicológicas.

Na administração da medicação, destacam-se o esquecimento, a dificuldade em gerir os efeitos secundários, o medo dos opióides e a insegurança quanto à dosagem (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9). Estas dificuldades refletem não só desconhecimento, mas também preocupações éticas e emocionais.

Por fim, a falta de informação sobre a evolução da doença e sobre os sintomas e indicadores de agravamento da situação e fim de vida gera angústia e incerteza (E1, E3, E8), dificultando uma preparação adequada para o processo de cuidar.

Tabela 3

Dificuldades/Barreiras do cuidador na gestão da dor e artigos que as mencionam

Categoria	Dificuldades/Barreiras	Artigos
1. Dor	- Ocultação da dor - Escolha de estratégias adequadas	E1; E2; E3; E5; E6; E7; E9; E10; E12; E13; E14
2. Doente	- Controlar bem-estar físico e psicológico - Adesão ao regime medicamentoso	E1; E3; E6; E7
3. Equipa de cuidados	- Comunicação deficiente - Falta de apoio e tempo - Orientações inadequadas	E1; E2; E3; E5; E6; E8; E11; E13; E14
4. Cuidador informal	- Gestão do sofrimento emocional - Lidar com o stress da prestação de cuidados - Medos e crenças - Responsabilidades simultâneas - Limitações físicas e psicológicas	E1; E3; E6; E7; E8; E9; E12; E13;
5. Medicação	- Esquecimentos - Insegurança - Efeitos secundários - Medos sobre opióides	E1; E2; E3; E5; E6; E8; E9
6. Doença	- Falta de informação sobre o prognóstico - Sintomas de fim de vida	E1; E3; E8

A Tabela 3 reúne um conjunto de estratégias que demonstram potencial para melhorar a capacitação dos cuidadores na sua missão. Estas estratégias vão desde o reforço do

conhecimento até ao apoio emocional e instrumental. Estas estratégias também foram agrupadas em cinco categorias: dor, doente, equipa de cuidados, cuidador informal e doença.

Ao nível da dor, os cuidadores manifestam que ter oportunidade para aumentar os conhecimentos específicos sobre a dor é uma ferramenta essencial (E4, E7, E13), permitindo ao cuidador maior confiança e precisão nas suas intervenções.

Na relação com o doente, a criação de uma relação de confiança e a promoção de uma comunicação aberta são estratégias valorizadas (E3, E12), que favorecem a adesão terapêutica e a partilha de sintomas. A relação com a equipa de cuidados beneficia com a boa comunicação, ações educativas e a inclusão do cuidador no planeamento e nas decisões (E1, E2, E4, E6, E9, E10, E11, E12, E13). O uso de tecnologias e o acesso facilitado a especialistas em dor são também mencionados como facilitadores importantes.

Para o cuidador, estratégias como o uso de diários, a procura de informação por fontes alternativas, a partilha de responsabilidades e o reconhecimento do valor do seu papel (E1, E3, E5, E6, E9, E12, E13) ajudam a mitigar o sofrimento emocional e a promover o empoderamento.

Finalmente, o acesso a mais informação sobre a progressão da doença (E5) contribui para uma melhor preparação e adaptação do cuidador à evolução da situação clínica do doente.

Tabela 4

Estratégias facilitadoras do cuidador na gestão da dor e artigos que as mencionam

Categoria	Estratégias Facilitadoras	Artigos
1. Dor	- Aumento dos conhecimentos sobre a dor	E4; E7; E13
2. Doente	- Relação de confiança - Comunicação aberta	E3; E12
3. Equipa de cuidados	- Boa comunicação - Educação ao cuidador - Ferramentas digitais - Planeamento - Acesso a especialistas	E1; E2; E4; E6; E9; E10; E11; E12; E13
4. Cuidador informal	- Utilização de diários - Informação por outras fontes - Apoios comunitários - Partilha de responsabilidade	E1; E3; E5; E6; E9; E12; E13

	- Aceitação do papel - Lista de recursos	
5. Doença	- Informação sobre progressão da doença e consequências	E5

Apresentamos em seguida a discussão dos resultados.

DISCUSSÃO

Na análise dos estudos selecionados, pretende-se mapear as intervenções do CI do doente oncológico na gestão da dor, bem como identificar as suas dificuldades e as estratégias facilitadoras utilizadas para as ultrapassar. Assim, de seguida, far-se-á uma análise da tabela anterior, sustentada em referências teóricas.

Deste modo, no que se refere às intervenções realizadas pelo CI na gestão da dor, verifica-se que estas são mencionadas em apenas 8 dos 14 estudos. Na generalidade, estas intervenções estão relacionadas diretamente com a gestão da dor, nomeadamente avaliar e gerir a dor e administrar e gerir a medicação analgésica, assim como selecionar e implementar estratégias não farmacológicas de controlo da dor (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E9, E12). De facto, cuidar de um membro da família com cancro e dor requer uma avaliação contínua, gestão de múltiplos medicamentos e atenção aos efeitos secundários do tratamento. A componente emocional também não pode ser descurada, uma vez que o agravamento da dor pode ser visto como um sinal de progressão da doença ou aproximação da morte (Sun et al., 2016). Chi & Demiris (2017) efetuaram uma revisão sistemática do papel dos cuidadores familiares na gestão da dor no final da vida. Os resultados identificam a gestão da dor como o fator mais pesado na prestação de cuidados, remetendo para a sua importância e dificuldades que acarreta. As intervenções relacionadas com o suporte ao doente também se encontram presentes, tais como o incentivo a adesão ao regime terapêutico, o papel de apoio ao doente, inclusivamente na autogestão e a gestão da relação com o mesmo, o que implica a manutenção de um bom ambiente de comunicação, com abertura para este revelar a sua dor e expressar as suas dúvidas e preocupações (E1, E3, E5, E7). De facto, são vários os estudos que documentam a importância que os CI representam para os doentes, não só na prestação instrumental de cuidados, mas enquanto uma valiosa e importante rede de suporte social e psicológico (Alsirafy et al., 2021). Por outro lado, o controlo de sintomas associados à doença oncológica, entre eles a dor, proporciona ao doente e CI o bem-estar essencial para se centrarem na comunicação, no relacionamento, na expressão de emoções e afetos e na espiritualidade. Salientam-se igualmente intervenções relevantes do CI as que se relacionam com a articulação com a equipa de saúde, como sejam o esclarecimento de dúvidas e a partilha de medos e preocupações (E1, E2, E4, E5, E9). Com efeito, um dos aspetos atribuído ao cuidador, além de tarefas instrumentais (como acompanhar o doente oncológico a

consultas médicas ou executar tarefas domésticas) é o de estabelecer a comunicação com os profissionais de saúde que o assistem (Adashek & Subbiah, 2020; Alsirafy et al., 2021). Face a este importante papel, é essencial obter a sua cooperação e incluí-los como unidade de cuidados desde o início do tratamento, já que estes servem de importante elo entre o doente e a equipa de saúde.

Cuidar de uma pessoa doente é algo que muitas pessoas já vivenciaram em algum momento da sua vida. No entanto, a dificuldade surge quando esta tarefa se torna uma rotina diária, sistemática, constante e prolongada (Río & Sotto, 2014). Os CI acabam por assumir um papel sem estarem devidamente preparados, apresentando poucos conhecimentos sobre o impacto que o ato de cuidar terá nas suas vidas e é neste contexto que surgem as dificuldades. No que se refere à gestão da dor, verifica-se que as barreiras referidas pelos CI estão presentes na quase generalidade dos estudos, exceto no E4 e foi possível agrupá-las em seis grupos principais: dor, doente, equipa de cuidados, cuidador informal, medicação e doença. As mais referidas são as relacionadas com a dor, como a sua avaliação e gestão e a seleção das estratégias de alívio mais adequadas (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E13, E14). Muitos prestadores de cuidados informais não possuem conhecimentos sobre a gestão da dor e não são capazes de reconhecer os diferentes tipos de dor e selecionar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas, o que contribui para a sua falta de confiança ou autoeficácia na sua capacidade de gerir a dor (Chi & Demiris, 2017).

Neste sentido, os enfermeiros desempenham um papel importante e privilegiado na disponibilização de informação e formação aos CI, visto que estão mais próximos e conhecem as suas realidades e dificuldades (Melo, 2020). Os enfermeiros atuam como parceiros no cuidado e agentes facilitadores de aprendizagem e treino de novas habilidades e competências, contribuindo de forma indiscutível para a capacitação dos CI para o exigente papel que vão assumir (Rocha, 2019). No que se refere ao doente, uma das dificuldades referidas relaciona-se com o controlo do bem-estar físico e psicológico do mesmo (E1, E3, E6, E7). De facto, um diagnóstico de doença oncológica assume, ainda hoje, um significado impactante. As transformações provocadas pela doença oncológica continuam a associar-se às representações de uma doença de marcado estigma social, com a palavra “cancro” a assumir-se para muitos doentes como uma sentença de morte, com a imaginação de uma doença prolongada, dolorosa e, talvez, desfigurante (Bailão, 2013). Como tal, faz todo este sentido esta preocupação e dificuldade em manter o mais possível o bem-estar do doente a estes níveis. A adesão ao regime medicamentoso assume-se também como uma dificuldade, sendo que, segundo Costa et al. (2017), a falta de adesão está associada à preocupação do doente em se tornar dependente de analgésicos e ao medo dos seus efeitos secundários.

As dificuldades relacionadas com a equipa de cuidados (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E11, E13, E14) também são muito prevalentes nesta recolha de dados, como sejam problemas de

comunicação, falta de apoio, e a falta de preparação do cuidador informal por parte desta, para assumir o papel de gestão da dor. Um estudo realizado em 2021, por Pollock et al. (2021), tem resultado convergentes com esta barreira identificada, pois os CI referiam que os profissionais de saúde muitas vezes não compreendiam dos desafios práticos e emocionais envolvidos na prestação de cuidados no domicílio, com todos os participantes a referirem dificuldades de comunicação e de organização num sistema de cuidados de saúde que consideravam complicado e mal coordenado. Há que considerar que a maioria dos CI não tem formação em cuidados de saúde, necessitando por isso da devida preparação, treino e acompanhamento (Sousa et al., 2022). O encaminhamento tardio dos doentes para os cuidados paliativos também surge como geradora de maiores dificuldades e sofrimento para doentes e cuidadores (Hui et al., 2022). Apesar de toda a informação referida, um estudo de Dixe et al. (2019) conclui que os enfermeiros são os profissionais de saúde que, mais fornecem informações aos CI, exceto na informação específica da doença, onde o médico é o principal interveniente.

Por seu lado, o próprio CI enfrenta dificuldades em todo este processo, como sejam a gestão do próprio sofrimento emocional, o stress relacionado com a prestação de cuidados e a frequente sobrecarga gerada pela mesma, bem como os medos e crenças destes elementos (E1, E3, E6, E7, E8, E9, E12, E13).

Dependendo, entre outros, da patologia e sua progressão, com o tempo, aumentam as necessidades de cuidados, ocorrendo uma progressão cumulativa de tarefas do CI, com o cuidado a tornar-se “cada vez mais trabalhoso, demorado, complexo e stressante” (Schulz et al., 2020, p. 638). O próprio ato de cuidar está descrito como potenciador de desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros para a pessoa que cuida, impactando a qualidade dos cuidados que presta, e acabando por afetar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de todos os envolvidos: cuidador, doente e família, como um sistema (Sun Raz & Kim, 2019). Ao acumular diferentes funções e desempenhar novos papéis, os CI podem enfrentar frustração e solidão, por não conseguirem ter tempo para as suas relações interpessoais e, muitas vezes, verem-se incapazes de perseguir os seus próprios projetos de vida (Mendes et al., 2019). Surgem dificuldades com a gestão do tempo, pois os CI sentem-se confrontados com a dificuldade em conciliar o tempo de cuidar com as outras exigências pessoais e profissionais (Matos, 2019; Sousa et al., 2022) e a nível psicológico, é referida a presença de uma preocupação constante e de um sentimento de impotência face às necessidades da pessoa alvo dos cuidados. Todos estes elementos tendem a gerar no CI desgaste físico, emocional e psicológico, com implicações no autocuidado e nas dinâmicas familiares (Mateus & Fernandes, 2019). Além disso, os CI vivenciam a dor e ansiedade da iminência da perda de um ente querido e contactam, muitas vezes em primeira mão, com o sofrimento e sintomas do doente. Este grupo de pessoas, sendo essenciais para apoiar o

doente, também sofrem de perto o impacto causado pela doença, pelo que o seu sofrimento também deve ser identificado e aliviado (Gayoso et al., 2018). Resumindo, cuidar de uma pessoa no domicílio origina um vasto conjunto de desafios aos CI, contribuindo para o agravamento da sua qualidade de vida e para elevados níveis de sobrecarga (Carvalho et al., 2023). Caldeira et al. (2022) referem que a sobrecarga do CI pode afetar o seu estado de humor e condicionar o processo de cuidar da pessoa. Neste contexto, é importante que os enfermeiros capacitem os CI para uma melhor gestão dos problemas e obstáculos, sendo imprescindível o desenvolvimento de um plano de intervenção adaptado e personalizado a cada contexto que tenha igualmente em conta os medos e crenças identificados.

A medicação também se constitui como uma barreira na gestão da dor, com o surgimento de inseguranças, esquecimentos e medos/crenças (E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9). A relutância dos CI em administrar analgésicos é um grande obstáculo à gestão eficaz da dor no contexto dos cuidados paliativos domiciliários (Mayahara et al., 2015). As barreiras à administração de analgésicos resultam de ideias erradas sobre os efeitos nocivos dos analgésicos, de uma comunicação deficiente com os prestadores de cuidados de saúde e de um sentimento de fatalismo, relacionado com a crença que a dor não pode ser controlada. Por outro lado, os CI receiam os efeitos adversos dos analgésicos, como náuseas, obstipação e tonturas, bem como a tolerância e a dependência (Chi & Demiris, 2017). A responsabilidade de gerir regimes medicamentosos complexos e tomar decisões acerca da administração de medicamentos é geradora de ansiedade para os CI, que procuram confiança na gestão do regime medicamentoso e acesso imediato a ajuda quando surgem situações. Cabe à equipa de cuidados esclarecer dúvidas e servir como fonte de apoio, de modo a potenciar uma gestão da dor eficaz.

Finalmente, a última dificuldade relatada está relacionada com a falta de informação sobre a doença e sua progressão e os sintomas de fim de vida (E1, E3, E8). Neste contexto, os CI sentem necessidade de mais informações acerca do que podem esperar numa fase mais avançada da doença, ao nível do declínio físico e mental. Os sintomas de fim de vida também se assumem como uma fonte de ansiedade, necessitando de esclarecimentos a nível clínico.

As estratégias facilitadoras são mencionadas em quase todos os estudos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13) e relacionam-se com vários aspetos, sendo os mais referidos os relacionados com a equipa de saúde (E1, E2, E4, E6, E9, E10, E11, E12, E13) e com os cuidadores informais (E1, E3, E5, E6, E9, E12, E13). Paralelamente às dificuldades sentidas, são igualmente referidos como fatores facilitadores o aumento de conhecimentos sobre a dor (E4, E7, E13), o estabelecimento de uma relação forte e de confiança com o doente, que incentive a comunicação (E3, E12) e mais informação acerca da progressão da doença e suas consequências (E5).

No que se refere à equipa de cuidados, são mencionados como fatores facilitadores na

gestão da dor as intervenções educativas, o estabelecimento de comunicação eficaz, presencialmente ou através de meios digitais, e, principalmente, uma melhor e mais atempada preparação do cuidador, a nível de conhecimentos e técnicas, para a assunção deste papel.

Neste âmbito, os programas educativos para a gestão da dor compreendem intervenções comuns, como a informação, educação, treino, acompanhamento e avaliação. A relação terapêutica por parte do enfermeiro e doente ou cuidador, obriga a competências relacionais e de comunicação para o estabelecimento de uma relação de confiança que, por sua vez, permitirá o envolvimento e adesão do doente e/ou cuidador ao programa educativo e capacitar os mesmos para a autogestão da dor. Valenta et al. (2018), no seu estudo de meta-análise, conclui que em relação aos estudos de capacitação para a autogestão da dor, a intervenção mais comum foi a de treino de habilidades e educação sobre o controlo da dor, efeitos sobre a intensidade da dor, interferência da dor nas atividades de vida diárias, conhecimento e atitude em relação à dor oncológica e terapêutica analgésica. Estes estudos revelaram várias melhorias significativas, embora moderadas. O enfermeiro é reconhecido pelo doente como detentor de conhecimento na resolução dos seus problemas, existindo esta relação de confiança, será o enfermeiro o profissional de saúde que melhor poderá intervir neste processo educativo (Lopes, 2006).

Neste sentido, torna-se essencial identificar quais os métodos que os CI preferem para obtenção de informação e formação. No estudo desenvolvido por Mollica & Kent (2021), verificou-se que um terço dos CI prefere a utilização de múltiplos métodos de formação e treino, enquanto outros referem preferir formação e treino presencial, por vídeo online, por meio de material de leitura (panfleto ou livro), formação online e linha direta para esclarecer dúvidas. Considerando que os enfermeiros são considerados fontes confiáveis de informação e formação para o CI, compete-lhes considerar as preferências dos métodos de aprendizagem dos CI, de forma a capacitá-los e envolvê-los na gestão da doença crónica da pessoa cuidada.

Para concluir, falta referir os aspetos relacionados com o CI, nomeadamente, o escrever num quadro ou elaborar um diário de dor, a aquisição de informação através de outras fontes sem ser os profissionais de saúde, a partilha de responsabilidades, a aceitação do papel de cuidador e a criação de uma lista de recursos a utilizar.

A utilização de um diário de dor, além de servir de guia para o CI, constitui igualmente um instrumento de análise para o prestador de cuidados, permitindo aferir conhecimentos acerca da dor do doente, da utilização de analgésicos e da adesão ao regime medicamentoso (Mayahara et al., 2015).

Relativamente às fontes de informação utilizadas, os profissionais de saúde são vistos como uma fonte importante de informação, mas não só: também a família, amigos, cuidadores

formais, e os media, são vistos dessa forma.

A partilha de responsabilidades afigura-se como muito importante, pois o papel de CI é muito exigente e desafiador. Com as necessidades do doente a necessitarem de uma atenção redobrada, as necessidades dos CI são muitas vezes negligenciadas e não valorizadas, a carga associada à prestação de cuidados tende a aumentar, e o desempenho a diminuir, o que por sua vez conduz a uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Assim, torna-se fundamental investigar e desenvolver mecanismos e estratégias que respondam às necessidades sentidas por estes cuidadores, uma vez que a sua satisfação influencia também o cuidado prestado à pessoa cuidada (Remr, 2018).

Relativamente à aceitação do papel de CI, a literatura aponta para aspetos positivos do cuidar, relacionando-se esses benefícios com: sentir-se útil e necessário, adquirir novas capacidades, assumir a responsabilidade pela tarefa, o prazer e sensação de pleno significado de passar mais tempo com a pessoa a quem se presta cuidados, demonstrar amor pelo familiar cuidado, reforçar o sentimento de união, entre outros (Gomes et al., 2013; Woodman et al., 2016). A criação de uma lista de recursos permite, de igual forma, aceder a outros apoios, nomeadamente os comunitários, para ajudar a lidar com o sofrimento emocional e a sobrecarga associada ao cumprimento deste papel.

CONCLUSÃO

Atualmente a gestão da doença oncológica caracteriza-se por internamentos curtos e privilégio do contexto ambulatorio, passando o cuidado do doente das instituições de saúde para o domicílio (Miguel et al., 2019), com o conseqüente aumento das responsabilidades para o CI. Neste contexto, para garantir a qualidade na prestação de cuidados é imperativo integrar este elemento enquanto decisor, vinculando uma filosofia de cuidados centrada na pessoa e no seu CI, concretamente no que se refere aos cuidados de enfermagem (Marques, 2015; Serra et al., 2021).

Importa, assim, dotá-los de conhecimentos teóricos e práticos necessários ao desempenho das suas funções. A este propósito, Yuen et al. (2018) referem que a baixa literacia em saúde pode afetar negativamente a prestação adequada de cuidados, comprometendo os resultados de saúde.

Os resultados desta *Scoping review* permitiram identificar as intervenções do CI do doente oncológico na gestão da dor, bem como as dificuldades mais sentidas pelos mesmos, que podem muitas vezes dificultar o cuidado à pessoa. Foi possível ainda recolher dados relevantes acerca das estratégias facilitadoras referidas por estes e que podem ser um contributo importante para perceber onde centrar as intervenções de enfermagem, no sentido de capacitá-los na complexa tarefa de gestão da dor. É evidente a necessidade de adaptar

intervenções de enfermagem para a díade da pessoa com doença oncológica e com dor e o seu CI. A identificação das necessidades dos CI, neste contexto específico, permite aos enfermeiros conceptualizarem cuidados contextualizados, mais eficazes e com o objetivo de satisfazer essas mesmas necessidades, tornando assim estes profissionais de saúde como agentes facilitadores na adaptação do CI a este papel. Assim, pretende-se, com esta *scoping review*, mapear a informação relativa aos objetivos traçados, com o intuito de, com esta informação reunida, se proceder ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem capazes de diminuir ou colmatar as dificuldades identificadas, através da implementação das estratégias facilitadoras identificadas.

Por fim, há que referir os aspetos positivos desta pesquisa, como sejam a abrangência da pesquisa, sem limite temporal e de tipo de estudo, bem como o rigor ao longo de todo o processo metodológico. No que se refere aos aspetos negativos, ressalvam terem sido considerados apenas os artigos com texto integral disponível, o número de bases e fontes de dados consultadas, a dificuldade em encontrar estudos acerca que se refiram especificamente ao objetivo principal traçado (apenas 8), recentes (referentes aos últimos 5 anos) e a falta de estudos relativamente à realidade em Portugal no que concerne a esta temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório é o resultado de múltiplas oportunidades de aprendizagem que foram proporcionadas ao longo dos dois estágios realizados, associando um espírito crítico e de reflexão acerca da prática de enfermagem especializada que permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crónica.

A componente de estágio revelou-se muito importante ao longo de todo o processo, pois permitiu a transposição de conhecimentos teóricos para o contexto clínico, conduzindo ao desenvolvimento de competências e habilidades na intervenção especializada à pessoa que vive com dor crónica e família/cuidador. Os locais de estágio proporcionaram variadas oportunidades de aprendizagem, em contextos muito diferenciados e diferentes do local de trabalho da formanda, contribuindo para o seu enriquecimento e, indiretamente, para a melhoria dos cuidados no seu próprio local de trabalho, com a perceção de algumas mudanças que necessitam de ser realizadas no mesmo.

A prática baseada na evidência foi aplicada de modo constante, de forma a sustentar a prática de cuidados especializada no cuidado à pessoa com doença crónica e, em particular, com dor crónica. Para este processo de aquisição de competências tiveram contributos igualmente importantes o pensamento crítico, a autorreflexão, o estudo autónomo e o desenvolvimento de competências interrelacionais. Foi desenvolvido um cuidado centrado na pessoa e CI, o que implicou o estabelecimento de uma relação terapêutica assertiva, baseada na confiança e assente em princípios éticos, legais e deontológicos bem definidos.

Durante os períodos de estágio, foram identificadas oportunidades de melhoria dos cuidados e desenvolvidas atividades no âmbito da prática especializada, possibilitando a partilha e divulgação de conhecimentos, com o intuito de promover e facilitar as aprendizagens em contexto de trabalho, com o objetivo primordial de fomentar a literacia em saúde e a segurança nos cuidados. De salientar que as atividades programadas não foram todas realizadas, devido principalmente a constrangimentos de ordem temporal, mas não comprometeram o processo de aquisição de competências.

Todo este percurso, por vezes árduo e exaustivo a nível físico e psicológico, com a dificuldade acrescida de coordenação entre a vida profissional, académica e pessoal, permitiu um crescimento a vários níveis e despertou o desejo de continuar neste processo de enriquecimento profissional, através do percurso escolar e também pelo envolvimento em projetos que promovam a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

A investigação em enfermagem assume-se como um pilar central dos cuidados do enfermeiro, dado que é o que sustenta a prática clínica. Neste âmbito, foi realizada uma scoping review, que culminou na obtenção de dados importantes ao nível das intervenções do CI do doente

oncológico na gestão da dor, as suas dificuldades e fatores facilitadores, sensíveis à realização de intervenções de enfermagem no sentido de os colmatar. Espera-se que este estudo seja o ponto de partida para mais estudos, primários ou secundários, no âmbito da dor crónica, dado a complexidade da mesma e a relevância do papel do enfermeiro em todo este processo. Verificou-se, ao longo de todo este processo, que esta é uma área pouco estudada, principalmente no que à dor crónica diz respeito, no contexto da realidade portuguesa. Assim, a investigação nesta área faz todo o sentido e terá certamente impacto positivo a vários níveis, nomeadamente para o doente, CI e para o próprio sistema de saúde, com menos procura de urgências hospitalares por dor não controlada.

O EE intervém através da prática especializada, com base em evidência, sendo um elemento de referência no cuidado à pessoa com uma condição crónica, nomeadamente a dor crónica. Considera-se que os objetivos propostos inicialmente para a realização deste relatório foram atingidos assim como foram desenvolvidas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Estas competências, aliadas à experiência profissional, permitem que o enfermeiro seja considerado perito nos cuidados e um profissional reconhecido pela pessoa e família/cuidador e pelos pares, como um elemento de referência na prestação de cuidados especializados. Este tem um papel fundamental na equipa multidisciplinar, ao nível da tomada de decisão, na definição e planeamento de objetivos terapêuticos e na conceção de um plano de cuidados individualizado, tendo em conta as necessidades de cada pessoa e família/ CI.

Estas características e capacidades tornam-no um elemento diferenciador na equipa interdisciplinar.

O EE assume-se também como um elemento relevante na equipa ao contribuir para a investigação em enfermagem, com o objetivo de promover uma prática de cuidados segura e sustentada nas evidências mais recentes, da qual resultarão ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adashek, J. J., & Subbiah, I. M. (2020). Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. *ESMO open*, 5(5), e000862. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000862>
- Alsirafy, S. A., Nagy, R., Hassan, A. D., Fawzy, R., Abdelhafeez, A. A. M., Husein, M. O., Almashiakhi, M. A., Alabdullateef, S. H., Alghamdi, S. A., & Elyamany, A. M. (2021). Caregiver burden among family caregivers of incurable cancer patients in two eastern Mediterranean countries. *BMC Palliative Care*, 20(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00857-5>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem de Referência*, 5(5), 1-8. doi:10.12707/RV20036
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030: Plano Estratégico*. Direção-Geral da Saúde. <https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DELS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Bailão, A. L. (2013). *O cuidador informal em contexto oncológico: sobrecarga e qualidade de vida familiar*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório Aberto da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/24133>
- Balsanelli, Alexandre. (2017). Liderança em enfermagem: Desafios e possibilidades. *Acta Paulista de Enfermagem*. 30 (1). 3-4. 10.1590/1982-0194201700001.
- Barroso, F., & Ramos, S. (2021). Auditoria em Segurança do Doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 195–206). Lidel.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor (Manual de estudo –versão 1)*. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Beauchamp., T. & Childress., J. (1989). *Princípios de Ética Biomédica*. Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Caldeira, H., Carrondo, E., Paulino, M., & Mendes, R. (2022). A sobrecarga do Cuidador Informal e o seu Estado de Humor. *Egitania Scientia*.1(30), 67–84.

<https://doi.org/https://doi.org/10.46691/es.v1i30.38>

- Camarheiro, A. (2021). Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(7), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Carvalho, A., Andrade, A., Rodrigues, L., & Albernaz, M. (2023). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais: o que nos dizem as evidências. *Servir*, 2(1), 65. <https://doi.org/10.48492/servir021>
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2022). *Literacia em saúde, um desafio emergente - centralidade no cidadão*. Gabinete de Comunicação, Informação e Relações-Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. https://www2.chuc.minsaude.pt/media/Literacia_Saude/2022_coletaneaIII.pdf
- Chi, N. C., Nakad, L., Han, S., Washington, K., Hagiwara, Y., Riffin, C., Oliver, D. P., & Demiris, G. (2023). Family Caregivers' Challenges in Cancer Pain Management for Patients Receiving Palliative Care . *The American journal of hospice & palliative care*, 40(1), 43–51. <https://doi.org/10.1177/10499091221094564>
- Chi, N. C. & Demiris, G. (2017). Family Caregivers' Pain Management in End-of-Life Care: A Systematic Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 34(5), 470–485. <https://doi.org/10.1177/1049909116637359>
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Costa W., Monteiro, M., Queiroz, J. & Gonçalves, A. (2017) Dor e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama. *Clínicas*, 72(12), 758-63. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(12\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(12)07)
- Day, M. A. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain : a clinical manual and guide*. Wiley-Blackwell.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. Almedina.
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Em *Diário da República: 2ª série, nº 187*, 96-103.
- Direção-Geral da Saúde (2022a). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2022b). “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Dixe, M., Teixeira, L., Areosa, T., Frontini, R., Peralta, T. & Querido, A. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(255), 255. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Dydyk, A. M., & Conermann, T. (2024). *Chronic Pain*. StatPearls Publishing.
- Ebarahimabadi, M.; Rafiee, F. & Nejat, N. (2021). Can tele-nursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. *Supportive Care in Cancer*. 29. 5865-5872. 10.1007/s00520-021-06056-5
- Esteves, C., & Pinto, D. (2021). Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde para a Segurança do Doente. In Barroso, F., Sales, F. & Ramos, S. (Coord.), *Guia pratico para a segurança do doente* (pp. 19-30). Lidel.
- European Commission (2009). *Resumo das características do medicamento*. https://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/2009/2009092567479/anx_67479_pt.pdf
- Ferrell B. R. (2019). Family Caregiving and Cancer Pain Management. *Anesthesia and analgesia*, 129(5), 1408–1413. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003937>
- Figueiredo, T., Mercês, N., Lacerda, M. & Hermann, A. (2018). Construção de um protocolo de cuidados de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3004-3009. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0846>
- Fukuda, T., Sakurai, H. & Kashiwagi, M. (2020). Efforts to reduce the length of stay in a low-intensity ICU: Changes in the ICU brought about by collaboration between certified nurse specialists as head nurses and intensivists. *PLoS One*, 15(6), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234879>
- Gallagher, E., Rogers, B., & Brant, J. (2017). Cancer-Related Pain Assessment: Monitoring

the Effectiveness of Interventions. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(3 Suppl), 8–12. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.S3.8-12>

- Gaspar E. (2013). *Fatores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral: A Percepção dos Enfermeiros de um Serviço de Infeciologia*. [Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova
- Gayoso, M. , Avila, M. , Silva, T. & Alencar, R. (2018). Comfort level of caregivers of cancer patients receiving palliative care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26: e3029. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional*. Temas e Debates.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S. & Higginson, I. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7~>
- Grilo, A. (2012). Relevance of assertiveness in health care professional- patient communication. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 283 – 297. <http://dx.doi.org/10.15309/12psd130210>
- Guimarães, A., Freitas, L., Costa, S. O. & Brandão, V. (2020). Cuidar de quem cuida: ferramentas de avaliação dos cuidadores. *Gazeta Médica*, 7(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.29315/gm.v7i1.281>
- Han, C. J., Chi, N. C., Han, S., Demiris, G., Parker-Oliver, D., Washington, K., Clayton, M. F., Reblin, M., & Ellington, L. (2018). Communicating Caregivers' Challenges With Cancer Pain Management: An Analysis of Home Hospice Visits. *Journal of pain and symptom management*, 55(5), 1296–1303. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.004>
- Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse–patient in hemodialysis therapy. *Nursing Forum*, 56(3), 579–586. <https://doi.org/10.1111/nuf.12590>
- Huber, D. (2010). *Liderança e gestão do cuidado de enfermagem* (6ª ed.). Elsevier
- Hui, D., Heung, Y. & Bruera, E. (2022). Timely palliative care: personalizing the process of referral. *Cancers*, 14(4),1047. <https://doi.org/10.3390/cancers14041047>
- ICN (2019). *Browser CIPE*.
- Jacques, E. & Gonçalo, C. (2007). Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parceiras estratégicas como vantagem competitiva. *Revista de Administração e Inovação*, 4 (1), 106-124. <https://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79075>
- Jokiniemi, K., & Miettinen, M. (2020). Specialist nurses' role domains and competencies in

specialised medical healthcare: A qualitative descriptive study. *International journal of caring sciences*, 13(1), 171-179.

https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_jonkiniemi_original_13_1.pdf

- Kang, Y., Trewern, L., Jackman, J., McCartney, D., & Soni, A. (2023). Chronic pain: definitions and diagnosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 381, e076036. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076036>
- Kelley, M., Demiris, G., Nguyen, H., Oliver, D. P., & Wittenberg-Lyles, E. (2013). Informal hospice caregiver pain management concerns: a qualitative study. *Palliative medicine*, 27(7), 673–682. <https://doi.org/10.1177/0269216313483660>
- Kizza, I. B., & Muliira, J. K. (2019). The Influence of a Home-Based Education Intervention on Family Caregivers' Knowledge and Self-Efficacy for Cancer Pain Management in Adult Patients Within a Resource-Limited Setting. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(6), 1150–1159. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1421-x>
- Konstantis, A., & Exiara, T. (2018). Family caregiver beliefs and barriers to effective pain management of cancer patients in home care settings. *Journal of B.U.ON. : official journal of the Balkan Union of Oncology*, 23(7), 144–152.
- Krikorian, S., Pories, S., Tataronis, G., Caughey, T., Chervinsky, K., Lotz, M., Shen, A. H., & Weissmann, L. (2019). Adherence to oral chemotherapy: Challenges and opportunities. *Journal of oncology pharmacy practice : official publication of the International Society of Oncology Pharmacy Practitioners*, 25(7), 1590–1598. <https://doi.org/10.1177/1078155218800384>
- Latter, S., Hopkinson, J. B., Richardson, A., Hughes, J. A., Lowson, E., & Edwards, D. (2016). How can we help family carers manage pain medicines for patients with advanced cancer? A systematic review of intervention studies. *BMJ supportive & palliative care*, 6(3), 263–275. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000958>
- Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. (2019). Em *Diário da República: 1ª Série*, n 169, 55 – 66.
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Em *Diário da República: 1ª Série*, n 181, 8059 - 8105
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Em *Diário da República: 1ª série*, n 57, 2127 – 2131.
- Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. (2006) Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados. Em *Diário da República: 1ª série, n 109*, 3846-3865.

- Lin, C. C., Chou, P. L., Wu, S. L., Chang, Y. C., & Lai, Y. L. (2006). Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain*, 122(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.01.039>
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of nursing management*, 25(3), 215–222. <https://doi.org/10.1111/jonm.12462>
- Mateus, M., & Fernandes, S. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes. *EDUSER: Revista de Educação*, 11(1), 76-92. <https://doi.org/10.34620/eduser.v11i1.118>
- Matos, N. (2019). *Dificuldades Do Cuidador Informal No Cuidar Da Pessoa Dependente*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu
- Mayahara, M., Foreman, M. D., Wilbur, J., Paice, J. A., & Fogg, L. F. (2015). Effect of hospice nonprofessional caregiver barriers to pain management on adherence to analgesic administration recommendations and patient outcomes. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(3), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.07.001>
- McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M., & Kilgour, K. N. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain research & management*, 18(6), 293–300. <https://doi.org/10.1155/2013/439594>
- Meeker, M. A., Finnell, D., & Othman, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: a review. *Journal of family nursing*, 17(1), 29–60. <https://doi.org/10.1177/1074840710396091>
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith, & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories & nursing practice* (pp. 361-380). Philadelphia, PA: Davis.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª ed.). Springer Publishing Company

- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). Lidel.
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., ... Lousã, E. (2017). *Liderança e Seus Efeitos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. do L. F., Santos, A. M. R. dos, Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87–94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Mehta, A., Chan, L. S., & Cohen, S. R. (2014). Flying blind: sources of distress for family caregivers of palliative cancer patients managing pain at home. *Journal of psychosocial oncology*, 32(1), 94–111. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.856057>
- Mehta, A., Cohen, S. R., Carnevale, F. A., Ezer, H., & Ducharme, F. (2010). Family caregivers of palliative cancer patients at home: the puzzle of pain management. *Journal of palliative care*, 26(2), 78–87.
- Miguel, I., Freire, J., & Capelas, M. (2019). Qualidade de vida e sobrecarga do cuidador informal principal do doente oncológico em diferentes fases de tratamento. *Revista Portuguesa de Oncologia*, 3 (1), 13-20. <https://doi.org/10.57678/rpo.5>
- Ministério da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>
- Mollica, M. A., & Kent, E. E. (2021). Caregiver education and training: Learning preferences of informal caregivers of adult care recipients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(4), 483–487. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.483-487>
- Morikawa, M., Kajiwara, K., Kobayashi, M., Yusuke, K., Nakano, K., Matsuda, Y., Shimizu, Y., Shimazu, T., & Kako, J. (2023). Nursing Support for Pain in Patients With Cancer: A Scoping Review. *Cureus*, 15(11), e49692. <https://doi.org/10.7759/cureus.49692>
- Norma nº 017/2022 de 19 de dezembro. (2022). Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. Em *Direção-Geral da Saúde*, 1-20.
- Norma nº 005/2018 de 20 de fevereiro. (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Em *Direção Geral da Saúde*. 1-5
- Norma nº 020/2014 de 30 de dezembro. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou

aspecto semelhantes. Em *Direção Geral da Saúde*. 1-8

- Nunes, C. (2020). *Adesão à terapêutica na doença crónica: literacia em saúde, crenças sobre medicamentos e fontes de informação em saúde*. [Tese de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa <http://hdl.handle.net/10362/106689>
- Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143-158. doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331
- Ong, L., de Haes, J. D., Hoos, A., M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.003>

- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramos, S. & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2(3), 1-17. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163>
- Ramos, M., Brandão, A., Graever, L. & Campos, A. (2021). Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipas de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 6(43), 2736. 10.5712/rbmfc16(43)2736
- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68-75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Regulamento interno IPO (s.d); Instituto português de oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E; <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/11/regulamento-interno-do-ipo-de-coimbra.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 de 08 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Em *Diário da República: 2ª Série, n 131*, 179 – 182
- Regulamento n.º 705/2021 de 27 de julho (2021). Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Em *Diário da República: 2ª Série, n 144*, 122 – 129)
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Em *Diário da República: 2ª Série, n 26*, 4744- 4750
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Em *Diário da República: 2ª Série, n 135*, 19359 - 19370
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de janeiro. (2014). Norma para cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República: 2ª Série, n 233*, 30247-30254.
- Remr, J. (2018). *The needs of caregivers*. Fórum sociální práce, (Special), 21-34. <https://www.researchgate.net/publication/329216912>
- Río, B. & Sotto, E. (2014). El Cuidado Informal de Personas con Enfermedad Renal Crónica: Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones

sociales. *En-Claves Del Pensamiento*, 8(15), 195–216.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000100195

- Rocha, A. (2019). Os Enfermeiros e....? Os cuidadores informais. “O cuidar do outro: ser cuidador informal.” *Açoriano Oriental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10642/27-jan-2019.pdf>
- Rodger, D., Admani, A. & Thomas, M. (2024). What is a scoping review? Evidence-Based Nursing. *BMJ Journals*, 27 (3),84-85. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2024-103969>
- Santos, M. & Grilo, A. (2021). Comunicação e Gestão da Informação para a Segurança do Doente. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 63–75). Lidel.
- Santos, S. (2019). *Impacto da liderança no desempenho da equipe de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/89596>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Milênio - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, (49), 153–171. <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8083>
- Schroers, G., Ross, J. G., & Moriarty, H. (2021). Nurses’ perceived causes of medication administration errors: A qualitative systematic review. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(1), 38-53. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.010>
- Schulz, R., Beach, S., Czaja, S., Martire, L., & Monin, J. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635–659. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Schumacher, K. L., Koresawa, S., West, C., Hawkins, C., Johnson, C., Wais, E., Dodd, M., Paul, S. M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. (2002). Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of pain and symptom management*, 23(5), 369–382. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00385-8](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00385-8)
- Şentürk, İ. A., Aşkın Turan, S., Eyigürebüz, T., Şentürk, E., & Kale İçen, N. (2023). Pain-Related Cognitive Processes, Pain Interference, and Alexithymia in Patients With Primary Headaches. *Cureus*, 15(5), e39688. <https://doi.org/10.7759/cureus.39688>
- Serra, A., Simões, A., Fernandes, J. & Ferreira, M. (2021). *O Cuidado centrado na Pessoa*. Escola Superior Saúde Egas Moniz.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37866/1/EBOOK%20II%20JEESEM%202020.pdf>

- Sousa, L., Gemito, L., Ferreira, R., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Programs Addressed to Family Caregivers/Informal Caregivers Needs: Systematic Review Protocol. *J Pers Med*, 12(2), 145. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Psique*, 17 (2), 9–25. <http://hdl.handle.net/11144/5409>
- Sousa, M. (2019). *Adesão ao regime terapêutico da pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de bragança]. Repositório do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/20539>
- Sun, V., Raz, D. J., & Kim, J. Y. (2019). Caring for the informal cancer caregiver. *Current opinion in supportive and palliative care*, 13(3), 238–242. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000438>
- Sun, V., Kim, J. Y., Irish, T. L., Borneman, T., Sidhu, R. K., Klein, L., & Ferrell, B. (2016). Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psycho-oncology*, 25(12), 1448–1455. <https://doi.org/10.1002/pon.3987>
- Swarm, R., Paice, J., Anghelescu, D., Are, M., Bruce, M., Buga, S., Chwistek, M., Cleeland, C., Craig, D., Gafford, E., Greenlee, H., Hansen, E., Kamal, A., Kamdar, M., LeGrand, S., Mackey, S., McDowell, M., Moryl, N., Nabell, L.... Gurski, L. (2019). Diretrizes de Prática Clínica da NCCN em Oncologia (Diretrizes NCCN®). *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17, 977–1007. <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/8/article-p977.xml>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Tsuji, H., Tetsunaga, T., Tetsunaga, T., Misawa, H., Oda, Y., Takao, S., Nishida, K., & Ozaki, T. (2022). Factors influencing caregiver burden in chronic pain patients: A retrospective study. *Medicine*, 101(39), e30802. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030802>
- Valenta, S., Spirig, R., Miaskowski, C., Zaugg, K., & Spichiger, E. (2018). Testing a pain self-management intervention by exploring reduction of analgesics' side effects in cancer outpatients and the involvement of family caregivers: a study protocol (PEINCA-FAM). *BMC nursing*, 17, 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0323-x>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de

trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

- Woodman, C., Baillie, J., & Sivell, S. (2016). The preferences and perspectives of family caregivers towards place of care for their relatives at the end-of-life. A systematic review and thematic synthesis of the qualitative evidence. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6, 418–429. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000794>
- World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- Yuen, E., Knight, T., Ricciardelli, L. & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 26(2), 191–206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>
- Zhan, D., Bian, L. & Zhang, M. (2023). Pain Prevalence and Management in a General Hospital Through Repeated Cross-Sectional Surveys in 2011 and 2021. *Journal of pain research*, 16, 2667–2673. <https://doi.org/10.2147/JPR.S414463>

ANEXOS

ANEXO 1. Formações frequentadas no período da realização do mestrado

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.
Gabinete Coordenador da Formação

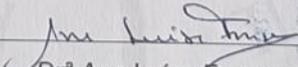
(Unidade Formativa Acreditada por Despacho Ministerial de 26/02/01)

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Adriana Sofia Gonçalves Esteves** frequentou a Ação de Formação «**Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão (UPP)**», que decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., no dia 25 de setembro de 2024, com a duração de 2 horas.

Coimbra, 17 de março de 2025

A Coordenadora do Gabinete
Coordenador da Formação


Dr^a Ana Luísa Fonseca

FRANCISCO GENTIL
COIMBRA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

membro nº **51563** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Percursos de Cuidados de Saúde Integrados em ULS**", realizado no dia **26 de Setembro de 2024**, com duração total de **2 horas**.no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 26 de Setembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



Serviço de Formação

1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS de Coimbra

23 A 25 DE OUTUBRO DE 2024



CERTIFICADO

Certifica-se que,

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

esteve presente no 1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS Coimbra - 4C Centralidade dos Cuidados no Cidadão em Coimbra, que se realizou nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2024, no Auditório Principal do Pólo HUC, com a duração de 14 horas.

Coimbra, 25 de outubro de 2024

O Enfermeiro Gestor em Funções de Direção do DMIEM


Enf.º António Marques

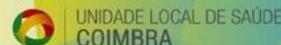
A Diretora Interina do Serviço de Formação da ULS Coimbra


Enf.ª Bertina Lopes

A Enfermeira Diretora da ULS Coimbra


Enf.ª Áurea Andrade

Certificado nº 1056/2024



Serviço de Formação
Bloco de Celas - Edifício Azul, Piso 1
Avenida Bissaya Barreto - 3000-075
Tel.: 239 800 185 - 239 409 471 Ex. 8024
Telem.: DCT: 961 949 921 / 6779 - 963 380 179 / 6057
E-mail: formacao@ulsc Coimbra.min-saude.pt

24 de outubro

Conferência (09:30)

Promoção do Autocuidado: da intencionalidade à ação profissional
Olga Ribeiro (ESEP)

Mesa 1 (10:00)

Autocuidado - foco central da prática em enfermagem

Moderadora: Conceição Bento (ESENFC)

- o Projeto IdosoCap@z - Amandine Beato, ULSC
- o Projeto Reabilitar@mente - Sara Godinho, ULSC
- o Condicionantes do autocuidado que influenciam o internamento na UCIM - Fernanda Alves, ULSC

Mesa 2 (11:45)

Capacitar / Valorizar o potencial do idoso

Moderador: Carlos Margato (ULSC)

- o Promoção da independência do idoso - Cármen Garcia (Dectech Évora)
- o Redução do Impacto do Síndrome do Desuso - Catarina Ferreira (ULSC)
- o Empower 65+ Estratégia para a Prevenção do Declínio Funcional em Idosos Hospitalizados - Rogério Amaro (ULSC)

Mesa 3 (14:00)

Papel do Prestador de Cuidados

Moderador: Fernando Petronilho (UMinho)

- o Contributos da Investigação - António Marques (ULSC)
- o O Prestador de Cuidados Informal num Serviço de Medicina - Lurdes Brásio (ULSC)
- o Visão das Associações - Associação Nacional dos Cuidadores Informais
- o Estudo sobre a identificação do Papel do Prestador de Cuidados - Joana Silva (ULSC)

Mesa 4 (15:30 - 17:30)

Integração de Cuidados

Moderadora: Filomena Cardoso (ULS São João)

- o Contributo das ECCIs nos ganhos em saúde - Joana Campos (ESEP)
- o ECCI Coimbra saúde: Percorso e respostas - Luís Rodrigues (ULSC)
- o Consulta de Enfermagem de Medicina Interna - ligação e articulação - Raquel Monteiro (ULSC)
- o Cuidar em Proximidade - Luís Fernandes / Maria Gabriel (ULSC)

25 de outubro

Mesa 5 (09:00)

Gestão da Doença Crónica e dos Regimes Terapêuticos

Moderadora: La Salette Fernandes (ULSC)

- o Plano de autogestão da doença crónica na pessoa com diabetes - Susana Veríssimo (ULSC)
- o Plano de autogestão da doença crónica na pessoa com DPOC - Leonor Marques (ULSC)
- o A gestão de caso no doente crónico: estratégias e resultados - Maria João Carvalho (ULS Matosinhos)
- o Adesão ao regime terapêutico - Bruno Raposo (ULSC)

Mesa 6 (10:45)

Organização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Moderador: Pedro Parreira (ESENFC)

- o Construção de ambientes de prática de enfermagem positivos: da teoria à prática - Sorala Pereira (APAPEnf+)
- o Liderança de equipas - Manuel Oliveira (RNCCI)
- o Acreditação dos Serviços pela OE - Susete Coelho (ULSC)
- o Investigação sobre o Método de Enfermeiro de Referência - Ângela Alves (ULSC)

Mesa 7 (14:00)

Vulnerabilidades do idoso

Moderadora: Rosa Melo (ESENFC)

- o Prevenção de Quedas - Natália Filipe (ULSC)
- o Prevenção e tratamento UPP - Rita Melo (ULSC)
- o Projeto Stop - Prevenir a Aspiração - Lúcia Filipe (ULSC)
- o Síndrome Confusional - Sílvia Vaz (ULSC)

Debate (15:45 - 17:00)

Gestão de visitas nos hospitais

Moderadora:

- o Lucília Nunes (IPS)
- o Celinia Antunes (ULSC)
- o Raúl Almeida - Testemunho de um doente
- o Virginia Pereira (ULS São João)

Comissão Organizadora: Enfermeira Diretora e Enfermeiros Gestores do DMIEM da ULSC
Comissão Científica: António Marques, NIE - ULSC, José Carlos Januário, DMIEM - ULSC, Vanessa Medina, DMIEM - ULSC, Vítor Pereira, DMIEM - ULSC

Certificado

Declara-se que **Adriana Esteves** participou no 4º Webinar EmoS&PraxEnf - "Estratégias dos enfermeiros na promoção da gestão emocional do familiar cuidador da pessoa idosa dependente no domicílio" que decorreu no dia 30 de outubro de 2024, das 14h30 às 17h00.

Lisboa, 06 de novembro de 2024



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

Adriana Sofia Gonçalves Esteves Esteves

participou no Webinar "Controlo da Dor" realizado no dia 2 de outubro de 2024, com a duração de 1 hora.

Teresa Mendes

Serviço de Ensino, Formação e Desenvolvimento Humano

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Portaria N.º 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que ADRIANA SOFIA GONCALVES ESTEVES, natural de Coimbra, nascido(a) a 30-07-1982, nacionalidade Portugal, portador(a) do BI n.º 12157730, frequentou de 23-10-2024 a 23-10-2024, com a duração total de 07h00, a formação profissional:

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES (PNSD) 2021-2026 - CUIDADOS HOSPITALARES - Curso n.º 306 - Ação n.º 1

Coimbra, 12 de maio de 2025

Certificado N.º 1128/2024

A Diretora Interina do Serviço de Ensino,
Formação e Desenvolvimento Humano



Bertina Lopes



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

Modalidade da Formação:

Contínua

Área de Formação:

Saúde

Plano Curricular:

Apresentação e descrição Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026; Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente; Práticas Seguras em ambientes seguros.

CERTIFICADO

Certifica-se que,

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

esteve presente no evento “*IV Simpósio de Investigação em Enfermagem - 4 I's: Investigação, Inovação, Implementação e Integração em Enfermagem*”, realizado nos dias 6, 7 e 8 de novembro, no Auditório Principal do Centro de Congressos, Pólo HUC, da Unidade Local de Saúde de Coimbra, com a duração de 14 horas.

Coimbra, 8 de novembro de 2024



Diretora do Serviço de Formação
Bertina Lopes
(Bertina Lopes)

Certificado nº 1406/2024

Secretariado
Bloco de Celas - Edifício Azul, Piso 1
Avenida Bissaya Barreto - 30005375
Tel: 239 800 185 - 239 800 473 Ext. 8024
Telex: DECT 961 949 921 / 6779 • 968 380 178/ 6067
E-mail: formacao@ulsc Coimbra.mts-saude.pt

Coordenador do Núcleo de Investigação
em Enfermagem
António Manuel Marques
(António Manuel Marques)

Enfermeira Diretora
Áurea Andrade
(Áurea Andrade)

REPUBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

membro nº **51563** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 1**", realizado no dia **1 de Outubro de 2024**, com duração total de **1h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 1 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,33** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

membro nº **51563** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2**", realizado no dia **15 de Outubro de 2024**, com duração total de **02h00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

membro nº **51563** desta Ordem, participou no(a) "**Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 4**", realizado no dia **29 de Outubro de 2024**, com duração total de **01h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 29 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,33** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Projeto de Desenvolvimento de Competências



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

Coimbra, outubro de 2024



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

ADRIANA SOFIA GONÇALVES ESTEVES

Trabalho realizado no âmbito da disciplina de Estágio com Relatório Final, orientado pela professora Amélia Castilho e que tem como tutor o enfermeiro Néilson Pais.

Coimbra, outubro de 2024

ABREVIATURAS E SIGLAS

GASIE – Grupo de Análise aos sistemas de informação de Enfermagem

IPOCFG – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPCIRA – Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Planificação do desenvolvimento de Competências Comuns com base no Regulamento nº140/2019 revoga o Regulamento nº122/2011 referente Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019)	6
Tabela 2. Planificação do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, com base no Regulamento n. °429/2018(OE,2018)	10
Tabela 3. Cronograma de atividades a desenvolver	13

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	Erro! Marcador não definido.
1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	120
1.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	120
1.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA.....	124
2. PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO	126
3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	128
CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

NOTA INTRODUTÓRIA

Este documento, intitulado Projeto de Estágio, assume-se como um instrumento condutor e, simultaneamente, de avaliação do percurso realizado ao longo da unidade curricular Estágio com Relatório Final, integrado no 1º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A sua elaboração é realizada segundo os objetivos gerais definidos para a unidade curricular e constitui-se como um elemento orientador da construção e análise do relatório final a desenvolver e apresentar para discussão pública. Como objetivos traçados para este projeto estipularam-se planear as atividades a desenvolver tendo em conta as competências comuns e específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e definir a questão de investigação e tipo de estudo, no âmbito da componente de investigação a desenvolver. Ao longo desta unidade curricular prevê-se a continuação do processo de desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica e família (neste caso, no âmbito da dor crónica), já iniciado aquando do primeiro ensino clínico em ambiente de internamento, bem como demonstrar uma atitude crítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados. Este estágio irá ser desenvolvido na Unidade de dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), em Coimbra, no período compreendido entre 18 de setembro e 21 de fevereiro de 2024.

O presente trabalho será dividido em três capítulos principais. Após a nota introdutória, é apresentado o primeiro capítulo, onde é priorizado o processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (comuns e específicas), com a apresentação das atividades a desenvolver em cada uma delas. No segundo capítulo é apresentada uma proposta de investigação a desenvolver e no último capítulo é apresentado um cronograma de atividades em formato de tabela, onde são apresentadas, de forma ordenada e sintética, as atividades a desenvolver ao longo do período de estágio. Por fim, apresentam-se as considerações finais e a bibliografia do documento.

Metodologicamente, este trabalho foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, exceto nas citações diretas e segue as normas para elaboração, citação e referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association*.

Este projeto poderá ser alvo de adequação ao longo do ensino clínico, tendo em conta as experiências vividas e o percurso traçado ao longo destes meses de aprendizagem.

1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

TABELA 1. *Planificação do desenvolvimento de Competências Comuns com base no Regulamento nº140/2019 revoga o Regulamento nº122/2011 referente Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).*

<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	<i>Atividades a desenvolver</i>
A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal	
A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	<ul style="list-style-type: none">-Participação na tomada de decisão com a equipa multidisciplinar, através da mobilização de conhecimentos, tendo em conta os princípios profissionais, éticos e legais conforme consignado no código deontológico dos enfermeiros e na carta dos direitos humanos;- Análise e reflexão acerca dos processos de tomada de decisão e dos inerentes resultados de cuidados obtidos através das mesmas;- Prestação de cuidados de forma segura e profissional, tendo por base as melhores práticas e as preferências da pessoa com dor crónica;- Reflexão com o enfermeiro orientador acerca de problemas e dilemas éticos decorrentes da prestação de cuidados ao doente com dor crónica.

<p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de respeito pelas crenças, valores e autonomia da pessoa e respetiva família, através de uma prática baseada no respeito pelos direitos humanos; - Promoção do envolvimento a pessoa/família nas tomadas de decisão, garantindo o direito da pessoa com dor crónica à informação, confidencialidade e autodeterminação; - Promoção da humanidade, dignidade, individualidade e privacidade da pessoa; - Colaboração na prestação de cuidados, garantindo a segurança da pessoa, com base em conhecimentos científicos e respeitando as normas e protocolos da instituição IPOFG e da Unidade da Dor; - Colaboração com o enfermeiro Tutor na identificação de situações potencialmente comprometedoras da segurança da pessoa com dor crónica, nomeadamente no que se refere à adesão e gestão do regime terapêutico (ensinos à pessoa e prestador de cuidados).
<p>B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</p>	
<p>B1 — Garante um papeldinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos objetivos e missão da instituição, serviço e equipa, através da consulta da informação disponível a este respeito; - Compreensão do funcionamento da consulta da dor em termos físicos, materiais e humanos; - Consulta da informação existente no serviço acerca de protocolos, ensinos a realizar e outras informações relevantes para a prestação de cuidados; - Identificação das necessidades de formação na equipa, através do questionamento dos vários elementos da equipa;
<p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com os elos e os Enfermeiros responsáveis, das normas/ práticas em vigor no serviço ao nível da gestão do risco e SPCIRA (Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos).

<p>melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação em ações de formação no âmbito da dor ou outras temáticas de interesse para o desenvolvimento de competências, no período de duração do ensino clínico; - Participação, com o enfermeiro Tutor, nas reuniões do grupo institucional GASIE (Grupo análise sistemas de informação de enfermagem); - Realização de uma proposta de procedimento de enfermagem intitulado “Intervenções de Enfermagem ao familiar cuidador na gestão da dor crónica do doente oncológico”; - Realização de apresentação intitulada “Avaliação da dor”, no Curso “S. Dor” - Desenvolvimento e implementação de panfleto acerca da Terapêutica Transdérmica, dirigido ao doente e cuidador; - Elaboração de Checklist sobre os temas a abordar com a família no que concerne à gestão da dor no doente com dor crónica.
<p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão, junto da Enfermeira responsável pela gestão do risco, acerca de quais são os maiores problemas geradores de risco para o doente, família e equipa; - Observação e reflexão acerca da gestão do risco e tomada de decisão por parte da equipa multidisciplinar; - Promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados, nomeadamente no que concerne à prevenção de incidentes e controlo de riscos e infeção.
<p>C — Domínio da gestão dos cuidados</p>	
<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão das principais diretrizes no que concerne à gestão de recursos humanos e materiais, na Unidade da Dor do IPOFG; - Discussão de casos clínicos com os vários elementos da equipa, com vista à otimização da resposta às necessidades do doente/família, reconhecendo a necessidade da referenciação para outros profissionais de saúde; - Colaboração do enfermeiro Tutor na organização e coordenação

<p>equipa de saúde.</p>	<p>da equipa prestadora de cuidados, enquanto gestor do serviço (em substituição da enfermeira gestora);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de um turno com a enfermeira gestora da consulta externa, onde se insere a unidade da dor., por forma a fazer uma reflexão acerca das dificuldades na gestão do serviço e estratégias utilizadas na gestão da equipa, na delegação de funções e na supervisão de tarefas.
<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão acerca do impacto da liderança na dinâmica do serviço e na motivação da equipa; - Reflexão acerca do papel dos enfermeiros especialistas no seio da equipa de enfermagem; - Adaptação da prestação de cuidados à pessoa, situação e recursos disponíveis; - Treino de competências de liderança no envolvimento da família.
<p>D— Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	
<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e assertividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e reflexão sobre as dificuldades na adaptação ao serviço e na prestação de cuidados e encontrar estratégias para as superar; - Integração de competências de gestão emocional perante situações de elevado sofrimento; - Reflexão sobre as experiências vivenciadas em contexto de estágio.
<p>D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa e integração de evidência científica no contexto da prestação de cuidados ao doente com dor crónica; - Adoção de uma prática baseada na evidência científica, dirigida ao doente com dor crónica; - Desenvolvimento de uma investigação secundária sobre o papel do cuidador na gestão da dor no doente oncológico;

	- Apresentação à equipa os resultados preliminares resultantes do trabalho de investigação.
--	---

1.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICOCIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

TABELA 2. *Planificação do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, com base no Regulamento n. º429/2018(OE, 2018).*

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à pessoa em situação crónica	Atividades a desenvolver
1 - Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de acompanhamento de doentes com dor crónica e cuidadores, seguidos na Unidade de Dor; - Promoção de uma transição saudável em doentes em processo de transição saúde-doença através da ação como agente facilitador da mesma (realização de ensinios, encaminhamento para outros profissionais); - Elaboração do processo de enfermagem na aplicação Sclinico; - Identificação de mitos/ ideias pré-concebidas que conduzam à não adesão ao regime terapêutico através da realização de entrevistas com doentes e cuidadores; - Realização de ensinios acerca das medidas farmacológicas e não

	<p>farmacológicas de alívio da dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoção de escuta ativa e atitude compassiva e empática; - Seleção adequada ao doente do instrumento de avaliação da dor; - Treino de protocolos complexos na gestão da dor crónica oncológica (capsaicina, ácido Zoledrónico).
<p>2- Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão dos domínios da vida do doente/família/cuidador afetados pelo diagnóstico de dor crónica e perceber as estratégias de adaptação adequadas a cada caso, através da realização de entrevistas com doentes e famílias; - Integração do cuidador/família no plano de cuidados e na gestão da dor crónica do doente, através da realização de ensinamentos e da inclusão da família nas decisões a tomar; - Promoção da consciencialização do doente com dor crónica acerca das limitações associadas à nova condição de saúde, através da realização de entrevistas com o mesmo e promoção da adaptação do doente com dor crónica à nova situação de saúde, através da realização de ensinamentos promotores da mesma; - Promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, através do controlo da luminosidade, ruído e temperatura como medida não farmacológica de alívio da dor; - Minimização dos riscos de ocorrência de erros aquando da prestação de cuidados; - Promoção da segurança e qualidade dos

	cuidados de enfermagem, cumprindo as normas institucionais.
--	---

2. PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

Enquadramento: A dor é uma experiência multidimensional que afeta a qualidade de vida dos doentes oncológicos e dos seus cuidadores, constituindo-se a gestão da mesma como uma das tarefas mais desafiantes para os mesmos. O cuidador informal assume um papel muito importante neste âmbito, simultaneamente exigente e gratificante. Importa perceber as várias vertentes em que se traduz esta gestão da dor e implementar as intervenções de enfermagem adequadas. O enfermeiro especialista deve constituir-se como um facilitador na adaptação à doença crónica, nomeadamente apoiando os cuidadores a desenvolverem adequadamente o seu papel.

Objetivos: Identificar o papel do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico.

Metodologia: Realização de scoping review, seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, com a questão de investigação: Qual o papel do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico? Os critérios de elegibilidade serão definidos com base na população, conceito e contexto (PCC). Serão incluídos estudos cuja população seja constituída por cuidadores de doentes oncológicos com dor (P), o conceito em estudo será a gestão da dor (C) e o contexto é o domicílio (C). A seleção de estudos, extração e síntese de dados será realizada por dois revisores independentes.

Resultados Esperados: A identificação do papel do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico permitirá definir estratégias a utilizar pelo mesmo para uma gestão mais eficaz da dor em oncologia e planear intervenções de enfermagem ajustadas às necessidades do doente/família.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador informal; Dor; Gestão da dor; Oncologia

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma presente na Tabela 3 apresenta todas as atividades que serão desenvolvidas ao longo do estágio por forma a desenvolver as competências comuns e específicas, bem como os respetivos períodos. Importa referir que este é suscetível a alterações e pode ainda sofrer alguns ajustes temporais. Podem ainda ocorrer imprevistos que condicionem o cumprimento do mesmo.

Tabela 3. Cronograma das atividades a desenvolver

Atividades a desenvolver	2024			2025	
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Implementação das atividades planeadas para a consecução das competências enumeradas					
Frequência de ações de formação no âmbito da dor ou outras temáticas de interesse para o desenvolvimento de competências, no período de duração do ensino clínico					
Realização de uma Scoping Review intitulada- “Qual o papel do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico?”					
Elaboração e apresentação de um Póster Científico -O papel do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico.					
Apresentação à equipa os resultados preliminares resultantes do trabalho de investigação desenvolvido ao longo do ensino clínico					

CONCLUSÃO

A elaboração de um projeto de estágio é uma etapa essencial para a organização e planeamento das atividades a desenvolver ao longo do ensino clínico, com o objetivo de aplicar os conhecimentos teóricos já adquiridos, aprofundá-los e, ainda, desenvolver as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, emanadas pela OE (Ordem dos Enfermeiros). O presente documento contribuirá para dirigir este estágio, ao centrar a aquisição de conhecimentos em determinadas áreas de interesse que se pretendem explorar e, com isso, facilitar a trajetória do mesmo. Neste, estão explanadas as atividades que se pretendem desenvolver ao longo deste período, bem como foi realizada uma primeira abordagem ao projeto de investigação, com a delineação da questão de investigação e do tipo de estudo que irá dar resposta à mesma. Este projeto dará origem a uma reflexão abrangente e aprofundada sobre as práticas e ao desenvolvimento de um trabalho de investigação, culminando na elaboração de um relatório final de estágio.

Considera-se, portanto, que os objetivos do projeto foram atingidos, pois através deste foi realizada a planificação do percurso ao longo deste ensino clínico, assim como foram delineados as linhas orientadoras do trabalho de investigação.

Este constitui-se num documento aberto, sujeito a reformulações e modificações, de acordo com a evolução do ensino clínico e com as orientações/partilha de ideias com a orientadora e o enfermeiro tutor, bem como poderão vir a ser identificadas outras atividades e estratégias a desenvolver.

Como nota final, apenas referir que o contexto de ensino clínico será uma etapa difícil e exigente, mas também gratificante, contribuindo de forma inequívoca para o surgimento de uma profissional de enfermagem com mais competências e para uma futura prestação de cuidados de maior qualidade e com vivências para partilhar, fora do contexto normal da atividade profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Regulamento nº429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Em *Diário da República: 2ª Série*, n.135,19359-19370.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República: 2ª Série*, n. 26, 4744 - 4750

APÊNDICE 2. Checklist dos ensinios a realizar ao prestador de cuidados do doente com Diabetes Mellitus tipo II

CHECKLIST PARA ENSINOS A REALIZAR AO PRESTADOR DE CUIDADOS AO DOENTE COM DIABETES TIPO II

Esta checklist de ensinios destina-se a ser aplicada aos prestadores de cuidados de Doentes com Diabetes Mellitus Tipo II, identificados aquando do preenchimento da avaliação inicial. A realização dos ensinios deve ser planeada com o prestador de cuidados e deve ser feita de forma faseada, por forma a não ser transmitida toda a informação apenas numa abordagem.

1. Fisiopatologia da diabetes
 - Definição de Diabetes
 - Tipos de Diabetes
 - Sinais e sintomas
2. Autovigilância e Autocontrolo da glicémia
 - Importância da avaliação da glicémia capilar
 - Frequência da avaliação da glicémia capilar
 - Ensinios acerca da avaliação da glicémia capilar (locais, rotatividade, ...)
 - Funcionamento do glucómetro
 - Registos dos valores avaliados
 - Interpretação dos valores de glicémia avaliada
 - Cálculo de bólus corretor
 - No caso de indicação para colocação de LIBRE:
 - ✓ Explicar a forma de colocação
 - ✓ Explicar o funcionamento do dispositivo
 - ✓ Informar acerca dos cuidados a ter com o dispositivo
 - ✓ Informar acerca do período de funcionamento (troca)
 - ✓ Instalar a aplicação Libre Link em telemóvel compatível e informar acerca do modo de utilização
3. Formas de tratamento
 - 3.1. Antidiabéticos orais

3.2. Insulinoterapia

- O que é a insulina
- Tipos de insulina
- Modo de conservação e armazenamento da insulina
- Locais de administração de insulina
- Rotatividade dos locais de administração
- Importância de administrar a insulina lenta sempre no mesmo horário
- Manuseio da caneta de administração de insulina
- Técnica de administração da insulina
- Necessidade de mudança da agulha a cada administração
- Necessidade de fazer a purga antes de cada administração
- Importância da contagem dos 10seg, após a administração de insulina
- Insulina ativa
- Lipodistrofias

4. Complicações

4.1. Complicações agudas:

✓ Hipoglicémia

- Causas
- Sintomas
- Tratamento
- Frequência da reavaliação
- Glucagon (quando e como administrar)

✓ Hiperglicemia

- Causas
- Sintomas
- Tratamento

4.2. Complicações crónicas:

- ✓ Informar acerca dos possíveis efeitos a longo prazo da diabetes (retinopatia,

nefropatia, neuropatia, doença Cardiovascular)

✓Sensibilizar para o rastreio, cuidados preventivos e tratamento das complicações associadas.

5. Gestão dos dias de doença

- Alterações provocadas pela doença a nível da glicémia capilar
- Ajuste do esquema de insulina.

6. Hábitos alimentares

- Cuidados a ter com a alimentação
- Leitura de rótulos
- Número de refeições aconselhadas
- Importância da não omissão de refeições
- Importância da ingestão de fibras
- Importância da moderação no consumo de bebidas alcoólicas
- Importância da Hidratação
- Importância da vigilância do peso

7. Atividade física

- Atividade Física:
 - ✓Benefícios da atividade física
 - ✓Adequação da atividade física às características individuais da pessoa
 - ✓Cuidados na prática de atividade física

8. Vigilância dos pés (higiene, pele e unhas)

- Importância da vigilância do pé
- Cuidados a ter para a prevenção de úlceras do pé

9. Aspetos psicossociais

- Aspetos psicológicos (bem-estar, depressão, ansiedade, qualidade de vida)

10. Outras informações

- Apoios comunitários (se necessário, referenciar para associação de doentes)
- Novas tecnologias na gestão da doença
- Rede de apoio na gestão da doença

APÊNDICE 3. Checklist dos temas a abordar com o cuidador/familiar no que concerne à gestão da dor

CHECKLIST DE ENSINOS A REALIZAR AO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR

Esta checklist de ensinios destina-se a ser aplicada pelo enfermeiro da unidade de tratamento da dor, ao cuidador informal do doente oncológico e resulta de uma scoping review realizada neste âmbito e que avaliou as intervenções dos cuidadores informais na gestão da dor, assim como as suas dificuldades e os fatores facilitadores referidos pelos mesmos.

Primeiramente, deverá ser feita uma avaliação das dificuldades sentidas, seguindo-se depois a respetiva realização dos ensinios correspondentes. Este documento servirá como um guia orientador nesta tarefa.

Assim, os vários focos identificados como geradores de dificuldades e os itens inseridos em cada um deles estão enumerados a seguir:

✓ Doença oncológica

- Dúvidas
- Sintomas de fim de vida
- Progressão / Trajetória da doença

✓ Dor

- Avaliação
- Sinais não verbais
- Estratégias de controlo da dor
- Crenças e mitos
- Consequências
- Registo da dor
- Evolução da dor
- Crise de dor
- Ocultação da dor

✓ Medicação analgésica

- Adesão
- Administração
- Gestão
- Efeitos secundários
- Crenças e mitos
- Opiáceos

- Dependência e tolerância

✓ **Relação/Comunicação**

❖ **Doentes**

- Relação de confiança
- Adesão terapêutica
- Bem-estar psicológico
- Medos e crenças

❖ **Cuidador Informal**

- Relação de confiança
- Dúvidas e medos
- Sobrecarga
 - Bem-estar físico e psicológico
 - Partilha de responsabilidades
 - Encaminhar para outros profissionais
- Estratégias facilitadoras
- Contacto em caso de dúvidas

APÊNDICE 4. Intervenções de Enfermagem ao cuidador/familiar do doente oncológico na gestão da dor

PROCEDIMENTO

(O cuidador do doente oncológico e a gestão da dor)

1. OBJETIVOS

Uniformizar a prática dos profissionais.

Capacitar o cuidador informal do doente oncológico para a gestão da dor.

2. APLICABILIDADE

Aos enfermeiros da Unidade de Tratamento da Dor.

3. RESPONSABILIDADES

A implementação deste procedimento é da responsabilidade dos enfermeiros da Unidade de tratamento da dor.

4. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

De acordo com Santos (2020), o Cuidador Informal é aquele que cuida e auxilia em tempo parcial ou integral um familiar que apresenta algum tipo de doença ou incapacidade, não sendo remunerado e assegurando os cuidados de forma continuada.

Muitos cuidadores informais prestam assistência na gestão da dor, tendo esta sido identificada como um desafio porque exige que estes possuam conhecimentos e competências na avaliação e gestão da dor, bem como os obriga a ultrapassar os seus próprios medos e preocupações em relação à mesma. Isto torna-se especialmente relevante no caso da população oncológica, na qual a dor é um sintoma preponderante. Segundo Beuken-Van et al. (2016), mais de 60% dos indivíduos com cancro avançado sentem dor e 38% dos doentes com cancro sentem dor moderada a grave.

Uma gestão da dor inadequada acarreta consequências negativas para os doentes (p. ex., dor intensa) e para os cuidadores (aumento do stress, ansiedade), conduzindo ainda a um aumento da utilização dos cuidados de saúde (p. ex., mais visitas às urgências ou tratamentos para dor não controlada). (Mehta et al., 2014)

Sequeira (2018) refere que o papel do cuidador é um complexo, implicando a execução de funções tais como a orientação, a vigilância, a ajuda e o apoio. Este traduz-se num grande desafio, uma vez que pode trazer benefícios ao cuidador, como uma maior sensação de utilidade, crescimento pessoal e atribuição de significado próprio, como poderá igualmente colocá-lo em sobrecarga. Assim, torna-se necessário implementar intervenções de enfermagem junto destes familiares cuidadores para que se sintam integrados, apoiados e esclarecidos nas suas dúvidas.

A intervenção do enfermeiro nesta área é muito importante, iniciando-se na identificação da necessidade de informação no cuidador e operacionalizando-se através da realização de intervenções educativas, ou seja, da implementação de um conjunto de estratégias que visam

a capacitação do cuidador do doente oncológico para a gestão eficaz da dor.

5. O ENFERMEIRO

✓ Doença oncológica

- Compreender e esclarecer as dúvidas do cuidador informal acerca da doença oncológica (Ex: progressão, tratamentos e seu impacto a nível da dor, sintomas em fim de vida);
- Dar oportunidade para se exprimir relativamente ao que pensa e ao que sente.

✓ Dor

- Fornecer informações e esclarecer dúvidas acerca da avaliação da dor;
- Compreender junto do cuidador informal se este conhece os sinais não verbais de dor e alertá-lo para estar atento aos mesmos;
- Reforçar a importância de o doente comunicar a sua dor e eventuais alterações na mesma, ao cuidador informal e aos profissionais de saúde;
- Realizar ensinamentos acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, as suas contraindicações e efeitos secundários;
- Esclarecer com o cuidador informal crenças ou mitos identificados acerca do controle e gestão da dor;
- Alertar o cuidador das consequências, para o doente, da dor não controlada, a nível físico e emocional;
- Alertar o cuidador para a importância de realizar um registo da dor (ex. diário da dor, quadro);
- Informar o cuidador informal acerca das alterações que podem ocorrer ao nível da dor, como dores com características diferentes ou dor irruptiva, e que requerem uma reavaliação pelos profissionais de saúde,

✓ Medicação analgésica

- Ajudar a compreender o esquema terapêutico e a importância do cumprimento do mesmo;
- Ensinar e esclarecer dúvidas acerca da administração da medicação;
- Ensinar e esclarecer dúvidas acerca da gestão de medicação, nomeadamente daquela que é prescrita em SOS;
- Ensinar e esclarecer dúvidas acerca dos efeitos secundários da medicação;
- Esclarecer com o cuidador informal dúvidas acerca da medicação analgésica (opiáceos, dependência e tolerância, ...)
- Esclarecer com o cuidador informal crenças ou mitos identificados acerca da medicação analgésica, nomeadamente os opióides

✓ **Relação/Comunicação**

❖ **Doentes**

- Reforçar a importância do cuidador informal manter uma relação de confiança com o doente, que permita a partilha de sentimentos e experiências sobre a dor;
- Ensinar acerca da importância da adesão do doente ao regime terapêutico;
- Reforçar a importância de estar atento ao bem-estar psicológico do doente e, se necessário, comunicar essa informação aos profissionais de saúde;
- Reforçar a importância do cuidador informal identificar, junto do doente, a existência de medos ou crenças relativas à doença oncológica ou à medicação analgésica, para que assim possam existir intervenções de enfermagem no sentido de as esclarecer.

❖ **Cuidador Informal**

- Estabelecer uma relação de confiança, respeito e colaboração com o cuidador informal;
- Permitir a partilha de dúvidas e medos e realizar o seu esclarecimento;
- Identificar a presença de sobrecarga (fadiga e angústia psicológica, depressão) no cuidador informal e ajudar a encontrar estratégias que diminuam essa sobrecarga ou encaminhar para outros profissionais de saúde;
- Fornecer estratégias que permitam facilitar a tarefa de gestão da dor, pelo cuidador informal (Ex: fornecer materiais escritos, planejar antecipadamente a comunicação com a equipa de saúde, recursos comunitários, ...);
- Fornecer contacto do serviço, em caso de necessidade.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

7. ANEXOS

- Mehta, A., Chan, L. S., & Cohen, S. R. (2014). Flying blind: sources of distress for family caregivers of palliative cancer patients managing pain at home. *Journal of psychosocial oncology*, 32(1), 94–111. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.856057>
- Van den Beuken-van Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management*, 51(6), 1070–1090.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
- Santos, A. (2020). *Cuidadores informais, e agora! - o papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*. [Dissertação de Mestrado, instituto politécnico de Coimbra]. RCAAP: Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32706>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL

APÊNDICE 5. Apresentação dos resultados do trabalho de investigação

O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO NA GESTÃO DA DOR

Adriana Sofia Gonçalves Esteves,
I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Fevereiro de 2025



Objetivos

- Aumentar os conhecimentos no âmbito das necessidades do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor
- Promover a reflexão acerca da temática em estudo



Sumário

1. Contextualização teórica
 2. Questão de investigação e objetivos
 3. Metodologia
 4. Apresentação dos resultados
 - 4.1. características da amostra em estudo
 - 4.2. intervenções do cuidador informal na gestão da dor
 - 4.3. Barreiras/ Dificuldades do cuidador informal na gestão da dor
 - 4.4. Estratégias facilitadoras utilizadas pelo cuidador informal na gestão da dor
 5. Checklist
- Conclusão
- Bibliografia



Sumário

1. Contextualização teórica
 2. Questão de investigação e objetivos
 3. Metodologia
 4. Apresentação dos resultados
 - 4.1. características da amostra em estudo
 - 4.2. Intervenções do cuidador informal na gestão da dor
 - 4.3. Barreiras/ Dificuldades do cuidador informal na gestão da dor
 - 4.4. Estratégias facilitadoras utilizadas pelo cuidador informal na gestão da dor
 5. Checklist
- Conclusão
- Bibliografia



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



1. Contextualização teórica

A doença oncológica é a segunda causa de morte em Portugal

90% dos doentes com doença oncológica em fim de vida apresentam dor moderada a intensa

A maioria dos doentes encontram-se em domicílio

Um dos motivos de internamento do doente oncológico em fim de vida é a dor e outros sintomas não controlados

A maioria dos doentes morre no hospital, embora seja seu desejo morrer em casa



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Correia & Lopes, 2014



Em 2012, estima-se que tenham ocorrido 14,1 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (Ferlay et al., 2015). Um diagnóstico de cancro tem um impacto significativo no doente, causando perturbações significativas na vida, frequentemente associadas aos tratamentos oncológicos, aos efeitos secundários induzidos pelo tratamento, às consequências sociais e financeiras.

O impacto de um diagnóstico de cancro estende-se muito para além das pessoas diagnosticadas, afetando toda a família a muitos níveis diferentes(Kim & Given, 2008).



A dor é um sintoma preponderante nas populações com cancro. Mais de 60% dos indivíduos com cancro avançado sentem dor e 38% dos doentes com cancro sentem dor moderada a grave Everdingen et al. (2016).

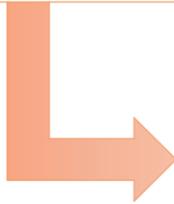


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Com os avanços no diagnóstico do cancro, as inovações no tratamento do cancro e a introdução de cuidados paliativos numa fase precoce dos cuidados, os doentes com cancro sobrevivem mais tempo e a duração do período de prestação de cuidados passou de dias ou semanas para meses ou anos.



O tratamento está a mudar do internamento para o ambulatório, e mais cuidados diários ocorrem agora no domicílio, sendo provável que a tendência se mantenha (Ullgren et al., 2018).



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



✓ A carga sobre os prestadores de cuidados informais (familiares e amigos não remunerados) de doentes com cancro aumentou nos últimos anos em resultado da transferência da maioria dos cuidados oncológicos do internamento para o domicílio (Van Ryn et al., 2011).

✓ Os familiares são cada vez mais solicitados a realizar tarefas de cuidados clínicos que, até há pouco tempo, seriam executadas por profissionais de saúde com formação adequada (Van Ryn et al., 2011).



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



O cuidador informal



Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), a grande maioria dos cuidados prestados a doentes em situação de dependência é assegurado por cuidadores informais, na sua maioria mulheres ligadas ao doente por algum grau de parentesco, como esposas, filhas, noras, irmãs, entre outros.

Segundo Santos (2020), a definição de Cuidador Informal relaciona-se com aquele que cuida e auxilia em tempo parcial ou integral um familiar que apresenta algum tipo de doença ou incapacidade, não sendo remunerado e assegurando os cuidados de forma continuada.

"o cuidador informal é sempre o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinotos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos)"; "pode ainda ser cuidador informal quem, não tendo com a pessoa cuidada laços familiares, viva em comunhão de habitação com ela", bem como "os progenitores com regime de guarda partilhada da pessoa cuidada" (ISS, 2024, p.5).

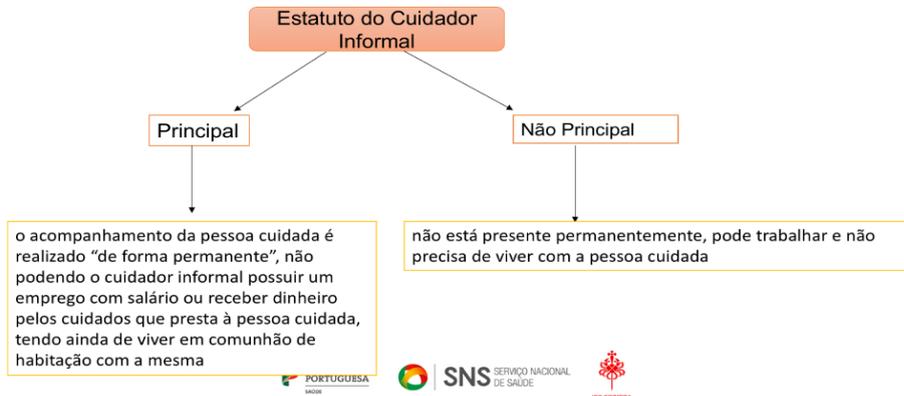


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Em Portugal :



No que diz respeito às características sociodemográficas, tal como noutros países da UE, o perfil do cuidador típico em Portugal é uma mulher com idade entre 45 e 75 anos, com baixo nível de escolaridade, podendo ou não estar a exercer uma atividade profissional (Eurocarers, 2023).

Em 2016, a Associação Cuidadores Portugal estimou que o valor do trabalho realizado pelos cuidadores informais atingia quase 4 mil milhões de euros anuais (Eurocarers, 2023).

De acordo com um estudo realizado em Portugal, em 2021, pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, citado por Sousa et al. (2021, p. 11), geralmente estas pessoas estão, na sua maioria, a cuidar dos seus pais (51.4%), seguidos daqueles que cuidam dos cônjuges (18%) e dos filhos (12.7%).



Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro - reconhece formal e legalmente o "Estatuto de Cuidador Informal" (Serviço Nacional de Saúde-SNS, 2019).



Através desta lei, é reconhecido ao cuidador informal os direitos a: ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; receber apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada; garantia de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional e a conciliação da vida profissional com a prestação de cuidados (ISS, 2024; SNS, 2019)



O cuidador responsabiliza-se:

- ✓ Assistência com os autocuidados básicos da vida diária do doente,
- ✓ Prepara e administra medicação,
- ✓ Executa tarefas instrumentais (como acompanhar o doente oncológico a consultas médicas ou executar tarefas domésticas),
- ✓ Comunica com os profissionais de saúde que assistem o doente
- ✓ Trata dos apoios financeiros necessários

(Adashek & Subbiah, 2020).



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Gestão da dor

Muitos cuidadores informais prestam assistência na gestão da dor. Esta área tem sido identificada como um desafio porque exige que os cuidadores informais possuam um conjunto de conhecimentos e competências em matéria de avaliação e gestão da dor, documentação e comunicação, bem como que estes superem os seus próprios receios e preocupações sobre a gestão da dor. (chi et al., 2022)

Uma gestão da dor inadequada leva a maus resultados para os doentes (p. ex., dor intensa) e para os Cuidadores (aumento do stress, ansiedade) e aumenta a utilização dos cuidados de saúde (p. ex., mais visitas às urgências ou tratamentos para dor não controlada)

Mehta et al., 2014

É necessário perceber o que fazem os cuidadores informais na gestão da dor, quais as suas dificuldades e fatores facilitadores, para podermos delinear estratégias de intervenção adequadas.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



2. Questão de Investigação e Objetivos

Questão de Investigação

Qual o papel do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor, em contexto domiciliário?

Objetivos

Objetivo geral:

- Mapear as intervenções do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor

Objetivos específicos:

- Identificar as dificuldades/barreiras do cuidador informal na gestão da dor no doente oncológico
- Identificar as estratégias facilitadoras utilizadas pelo cuidador informal na gestão da dor crónica do doente oncológico



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





3. Metodologia

Tipo de Estudo

O método de investigação usado na realização deste projeto foi a *scoping review*. Este é um método de síntese de conhecimento que incorpora diferentes métodos de estudo, conseguindo fornecer uma orientação quanto à prioridade da investigação (Peters et al., 2017). Assim, esta *scoping review* permite mapear a evidência disponível para as intervenções do cuidador do doente oncológico na gestão da dor.



Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	Cuidador informal do doente oncológico	<ul style="list-style-type: none">• Artigos que não sejam completos;• Estudos que na sua amostra também incluam outro tipo de doentes (não oncológicos)• Doentes oncológicos em idade pediátrica
CONCEITO	Gestão da dor Dificuldades e/ou estratégias facilitadoras	
CONTEXTO	Domicílio	



Estratégia de Pesquisa



1. Realizada pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *CINAHL Plus With Full Text* (via *EBSCO*), a 26/10/2024.
2. Foi realizada ainda uma pesquisa numa base de dados cinzenta, a *google scholar*, no mesmo dia. Foram selecionados os 100 artigos presentes nas 10 primeiras páginas.
3. Tendo em conta o objetivo delineado para o estudo, foram definidas expressões de pesquisa e frases booleanas para cada uma das bases de dados.





Seleção dos Estudos

- ✓ O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao Rayyan® (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar).
- ✓ Após análise do título e resumo por parte de dois revisores ficam encontrados os artigos elegíveis de análise completa por meio da sua leitura integral. Nas divergências encontradas, recorreu-se a um terceiro revisor. Os resultados são demonstrados na Figura 1, segundo o diagrama PRISMA.

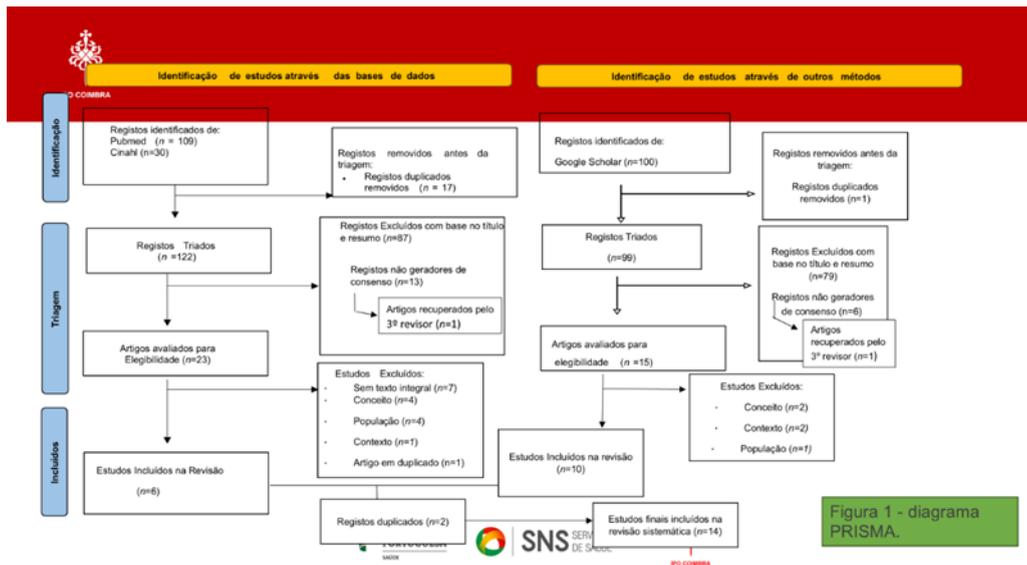


Figura 1 - diagrama PRISMA.



Quadro de extração de dados

Título:	Autores:	Ano:	País:	População:	Objetivos:	Resultados:		
Comunicar os desafios dos prestadores de cuidados de cuidados no tratamento da dor do K. Clayton, M. Reblin, M. & Ellington, L.	Han, C., Chi, N, Han, S, Demina, G, Parker, Oliver, D., Washington, K., Clayton, M., Reblin, M. & Ellington, L.	2018	Estados Unidos da América	65 familiares de doentes oncológicos, seguidos no ambulatório pela equipa de cuidados paliativos, que aceitaram ser entrevistados	Identificar as formas como os cuidadores informais de doentes com cancro em unidades de cuidados paliativos comunicam com a equipa de saúde - Avaliar a dor - Avaliar os sintomas associados à dor - Administrar medicação - Incentivar adesão ao regime terapêutico - Gerir a medicação e os seus efeitos secundários - Articular-se com a equipa de saúde - Esclarecer dúvidas com a equipa de saúde - Garantir o conforto do doente - Gerir a parte emocional e a recusa do doente em tomar medicação	Intervenções do cuidador na gestão da dor - Inerteza quanto às atitudes a tomar - Inerteza quanto à evolução da doença - Esquecimentos com a medicação - Dificuldades na avaliação da dor - Dificuldades na comunicação com a equipa de saúde - Dúvidas acerca dos efeitos secundários da medicação - Dificuldades em reconhecer a dor na ausência de comunicação verbal - Mistureio da administração de morfina - Dificuldade em reconhecer se os sintomas se devem à dor - Dificuldade em controlar o bem estar do doente (evitar idas a urgência)	Dificuldades/ barreiras do cuidador na gestão da dor - Inerteza quanto às atitudes a tomar - Inerteza quanto à evolução da doença - Esquecimentos com a medicação - Dificuldades na avaliação da dor - Dificuldades na comunicação com a equipa de saúde - Dúvidas acerca dos efeitos secundários da medicação - Dificuldades em reconhecer a dor na ausência de comunicação verbal - Mistureio da administração de morfina - Dificuldade em reconhecer se os sintomas se devem à dor - Dificuldade em controlar o bem estar do doente (evitar idas a urgência)	Estratégias facilitadoras do cuidador na gestão da dor - Escrever num quadro - A utilização de vários formatos de comunicação (por exemplo, materiais escritos, sites Web ou aplicações móveis, videoconferências) para comunicar aspetos relacionados com a equipa de cuidados - Planear antecipadamente a comunicação sobre os temas geradores de dúvidas, no tempo limitado atribuído a cada visita - Aquisição de informação, validação e esclarecimento de dúvidas/preocupações - Recorrer aos apoios da comunidade para gerir o sofrimento emocional - Ser incluído em reuniões de equipa interdisciplinares presenciais ou por videoconferência





4. Apresentação dos resultados

4.1 caraterísticas da amostra em estudo

- ✓ A maioria dos estudos têm origem nos estados Unidos da América (6), seguido do Canadá (3) e Grécia, Reino Unido, Uganda, Irão e China, cada um com a contribuição de 1 estudo.
- ✓ A quantidade diminuta de estudos recentes (entre 2018-2023 obtiveram-se 6 estudos) com enfoque na temática em estudo. O estudo mais antigo data de 2002 e o mais recente de 2023.
- ✓ De entre os estudos selecionados, 2 são revisões sistemáticas da literatura, mas com objetivos diferentes da apresentada.
- ✓ 7 destes estudos estão centrados em cuidadores de doentes paliativos, seguidos no domicílio



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



- ✓ O método de colheita de dados foi, na maioria das vezes, a entrevista. Dentre os estudos, 4 são estudos do impacto de intervenções.
- ✓ O tema mais estudado foram as barreiras/dificuldades do cuidador informal na gestão da dor.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



4.2 Intervenções do cuidador informal na gestão da dor

Centram-se:

- ✓ **Dor**
 - Avaliação
 - Sintomas associados
 - Estratégias de controlo da dor
- ✓ **Medicação analgésica**
 - Administrar
 - Gerir a medicação
 - Efeitos secundários
 - Armazenar com segurança a medicação



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





✓Doente

- Apoio
- Manter boa comunicação
- Gerir a parte emocional
- Adesão ao regime terapêutico
- Garantir o conforto do doente
- Ajudar o doente na autogestão (coordenando os serviços ao domicílio, adquirindo os medicamentos e comparecendo às consultas médicas)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



✓Prestadores de cuidados

- Estabelecer comunicação
- Articular-se
- Esclarecer dúvidas
- Partilhar os medos



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



4.3. Barreiras/ Dificuldades do cuidador informal na gestão da dor

Estão relacionadas:

✓Dor

- Dificuldades na avaliação (ausência de comunicação verbal) e gestão (pôr em prática o regime de controlo da dor)
- Crenças
- Mitos
- Consequências (alterações no humor do doente,...)
- Orientações contraditórias sobre o controlo da dor



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





✓ Doente

- Mitos e crenças
- Gestão do comportamento
- Bem-estar psicológico e fisiológico
- Adesão aos medicamentos para a dor
- Relutância em comunicar a dor/ocultação da dor



✓ Cuidador informal

- Medicação (esquecimentos, efeitos secundários)
- Medos e crenças (opiáceos; que a comunicação das preocupações com a dor distrairia o médico do objetivo principal de tratar o cancro)
- Sobrecarga (fadiga e angústia psicológica, depressão)
- Falta de conhecimentos (sintomas em fim de vida) e de preparação (incertezas quanto ao que fazer)
- Conflito nas perspetivas dos membros da família sobre as abordagens de alívio da dor
- Comorbilidades dolorosas (As tentativas de distinguir a dor oncológica de outras dores)
- Responsabilidades simultâneas



✓ Equipa de cuidados de saúde

- Orientação inadequada
- Comunicação inadequada e reduzida (com o cuidador, entre as equipas prestadoras de cuidados; Insatisfação com o momento e o conteúdo das informações fornecidas pelos prestadores de cuidados de saúde)
- Falta de informação (prognóstico da doença)
- Dificuldades no acesso aos cuidados de saúde
- Pouco tempo de permanência nos cuidados paliativos (internamento)



4.4. Estratégias facilitadoras utilizadas pelo cuidador informal na gestão da dor

✓ Comunicação

- Materiais escritos, sítios Web ou aplicações móveis, videoconferências
- Planear antecipadamente a comunicação com a equipa de saúde
- Esclarecimento de dúvidas/preocupações com a equipa de saúde
- Ser incluído em reuniões interdisciplinares
- Inscrição mais precoce nos serviços de cuidados paliativos domiciliários e preparação mais precoce dos cuidadores em matéria de conhecimentos e competências
- Personalização da prestação de cuidados
- Motivar os doentes a partilhar os seus sentimentos e experiências sobre a dor e preparar um ambiente de comunicação adequado
- Estarem informados sobre a progressão da doença e sobre o que esperar em fases mais avançadas



- Compreender a lógica subjacente à tomada de decisões dos médicos
 - O desenvolvimento e a implementação de uma plataforma digital acessível para fornecer apoio personalizado
 - O apoio telefónico e o reforço através de tecnologias baseadas na Internet
- ✓ Procura de informação (meios formais e informais)
- ✓ Intervenções educativas que melhorem conhecimentos, competências e atitudes de gestão e controlo da dor
- ✓ Facilidade de acesso a especialistas em gestão da dor
- ✓ O desenvolvimento de centros de dor



- ✓ Aceitar a responsabilidade pela gestão da dor
- ✓ Basear-se em experiências passadas (experiência anterior de cuidar de alguém com dor)
- ✓ Construir, com os profissionais de saúde, um plano para lidar com as mudanças na dor
- ✓ Registo da dor (escrever num quadro, diário da dor)
- ✓ Partilhar a responsabilidade pela gestão da dor com outros membros da família
- ✓ Delinear um plano de ação no caso de dor irruptiva



5. Checklist

CHECKLIST DE ENSINOS A REALIZAR AO CUIDADOR INFORMAL DO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR

- Esta checklist de ensinios destina-se a ser aplicada pelo enfermeiro da unidade de tratamento da dor, ao cuidador informal do doente oncológico e resulta de uma scoping review realizada neste âmbito e que avaliou as intervenções dos cuidadores informais na gestão da dor, assim como as suas dificuldades e os fatores facilitadores referidos pelos mesmos.
- Primeiramente, deverá ser feita uma avaliação das dificuldades sentidas, seguindo-se depois a respetiva realização dos ensinios correspondentes. Este documento servirá como um guia orientador nesta tarefa.
- Assim, os vários focos identificados como geradores de dificuldades e os itens inseridos em cada um deles estão enumerados a seguir:



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



✓ Doença oncológica

- Dúvidas (perceber o que a pessoa sabe, o que pretende saber e esclarecer dúvidas)
- Sintomas associados ao fim de vida
- Progressão / Trajetória da doença

✓ Dor

- Avaliação
 - Sinais não verbais
- Estratégias de controlo da dor
- Crenças e mitos
- Consequências (alterações de comportamento do doente)
- Registo da dor
- Evolução da dor
- Crise de dor (dor irruptiva)
- Ocultação da dor



SNS DE SAÚDE



✓ Medicação analgésica

- Adesão
- Administração
- Gestão
- Efeitos secundários
- Crenças e mitos
- Opiáceos
- Dependência e tolerância

✓ Relação/Comunicação

❖ Doentes

- Relação de confiança
- Adesão terapêutica
- Bem-estar psicológico
- Medos e crenças

❖ Cuidador Informal

- Relação de confiança
- Dúvidas e medos
- Sobrecarga
- Bem-estar físico e psicológico
- Partilha de responsabilidades
- Encaminhar para outros profissionais
 - Estratégias facilitadoras
 - Contacto em caso de dúvidas



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Conclusão

- ✓ Temática pouco estudada
- ✓ Crescente importância

Os resultados permitem identificar as intervenções do cuidador informal do doente oncológico na gestão da dor; Identificar as dificuldades/barreiras do cuidador informal na gestão da dor do doente oncológico e algumas estratégias facilitadoras utilizadas pelo cuidador informal na gestão da dor



- ✓ Potenciam o desenvolvimento de intervenções de enfermagem direcionadas para colmatar as dificuldades identificadas pelos os cuidadores informais na gestão da dor oncológica
- ✓ Fomentam a implementação de algumas estratégias facilitadoras do papel do cuidador informal



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Bibliografia

- ✓ Adashek, J. J., & Subbiah, I. M. (2020). Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. *ESMO Open*, 5:e000862. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000862>
- ✓ Chi, N. C., Fu, Y. K., Nakad, L., Barani, E., Gilbertson-White, S., Tripp-Reimer, T., & Herr, K. (2022). Family Caregiver Challenges in Pain Management for Patients with Advanced Illnesses: A Systematic Review. *Journal of palliative medicine*, 25(12), 1865–1876. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0806>
- ✓ Eurocarers. (2023). *Eurocarers country profiles*. Obtido 3 de Fevereiro de 2025, de <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>
- ✓ Everdingen, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of pain and symptom management*, 51(6), 1070–1090.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
- ✓ Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
- ✓ Instituto Nacional de Estatística. (2015, 11 Novembro). *Inquérito Nacional de Saúde: 2014*. www.curi.https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>. ISSN 1646-4052. ISBN 978-989-25-0356-1
- ✓ Instituto da Segurança Social, I. P. (2024). *Guia prático- estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal*. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6d862c4b2c5>



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



- ✓ Isabel, C., & Lopes, M. (2014, Setembro 2 – Setembro 5). *Capacitar o doente oncológico com doença avançada e/ou o cuidador para a gestão da dor em domicílio*. In Oliveira, Antónia Silva, Lopes, M. J., & Cunha, Silvério Rocha (coord), I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos e VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais. Évora, Universidade de Évora, Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Livro de Resumos. ISBN: 978-989-99122-0-5
- ✓ Kim, H-H., Kim, S-Y., Kim, J-M., Kim, S-W., Shin, I-S., Shim, H-J., Hwang, J-E., Chung, I-J., & Yoon, J-S. (2016). Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 14(1), 5–12. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000073>
- ✓ Mehta, A., Chan, L. S., & Cohen, S. R. (2014). Flying blind: sources of distress for family caregivers of palliative cancer patients managing pain at home. *Journal of psychosocial oncology*, 32(1), 94–111. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.856057>
- ✓ Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris, & Z. Munn, Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. University of Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- ✓ Santos, A. (2020). *Cuidadores informais, e agora! - o papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. RCAAP: Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32706>
- ✓ Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Cuidador Informal: Direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada aprovados*. Serviço Nacional de Saúde. Obtido 3 de Fevereiro de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>
- ✓ Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Psique*, xvii (2), 9–25. <http://hdl.handle.net/11144/5409>
- ✓ Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 68–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.004>
- ✓ van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., van Houtven, C., Griffin, J. M., Martin, M., Alierza, A. A., Phelan, S., Finstad, D., & Rowland, J. (2011). Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue?. *Psycho-oncology*, 20(1), 44–52. <https://doi.org/10.1002/pon.1703>



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



APÊNDICE 6. Formação “Avaliação da dor”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DOR ONCOLÓGICA - Generalidades

PAIN
MATTERS



Objetivos



- ✓ Aprofundar conhecimentos acerca da dor
- ✓ Adequar a resposta a situações que ocorrem na prática clínica
- ✓ Partilhar experiências



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Alguns dados...

Estima-se que a dor persistente afete em média, um em cada cinco europeus adultos e a prevalência possa variar entre os 11,5 e os 55,2% aumentando com a idade e afetando mais as mulheres do que homens.

Em termos de impacto económico, estima-se uma média de 14 dias de baixa por ano, o que representa mais de 290 milhões de Euros por ano de custos salariais

Segundo o Observatório Nacional de Saúde, em 2002, a dor persistente definida como dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses e presente no último mês afeta 36% dos adultos, em cerca de metade a dor interfere nas suas atividades domésticas ou laborais, 35% estão insatisfeitos com o tratamento e 17% apresentam depressão.

Batalha, 2016



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Em Portugal...

No final dos anos 90, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal. Da sua interação com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) resultou o primeiro documento estratégico, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), em 2001.

A este, seguiram-se, em 2008, o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) e em 2013, o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Em 2017, surge o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.



O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Definição de Dor



“Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a danos teciduais reais ou potenciais”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Raja et al., 2020



- A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em graus variados por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
- Dor e nociceção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser inferida somente da atividade em neurônios sensoriais
- Por meio de suas experiências de vida, os indivíduos aprendem o conceito de dor.
- O relato de uma pessoa sobre uma experiência como dor deve ser respeitado.
- Embora a dor geralmente tenha um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
- A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar dor; a incapacidade de comunicação não nega a possibilidade de um humano ou um animal não humano sentir dor.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Repercussões da dor



A dor, quando não controlada, tem o potencial de afetar quase todas as funções do organismo e de influenciar de forma adversa a morbidade e mortalidade.

- **Sistema cardiovascular** (hipertensão, taquicardia, ...), **Sistema respiratório** (aumento das necessidades de oxigénio e da frequência respiratória,...), **Sistemas gastrointestinais e urinário** (obstipação, náuseas e vômitos,...), **Sistema hematológico** (tromboembolismo, imunidade enfraquece,...), **Sistema endócrino** (retenção de água e sódio,...)

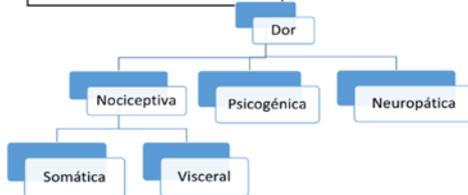
No bem-estar geral da pessoa que pode apresentar fraqueza e atrofia muscular, fadiga, limitação de movimentos, distúrbios do sono, anorexia, ansiedade, depressão e outros transtornos a nível comportamental (irritabilidade, isolamento, entre outros).

Batalha, 2016

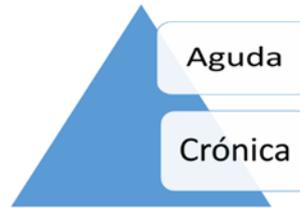


Classificação da dor

Segundo a origem:



Segundo o critério temporal:



Dor Crónica Oncológica



A dor crónica oncológica explicada de forma simplificada é a **dor associada ao cancro**. As causas devem-se maioritariamente a **invasão tumoral direta e/ou metástases**.

As dores no doente oncológico estão frequentemente associadas aos tratamentos por **quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia e cirurgia**.

Segundo diferentes autores, na dor crónica oncológica, **80%** é de causa tumoral e **20%** relacionada com os tratamentos.

(Ritto et. al, 2017)

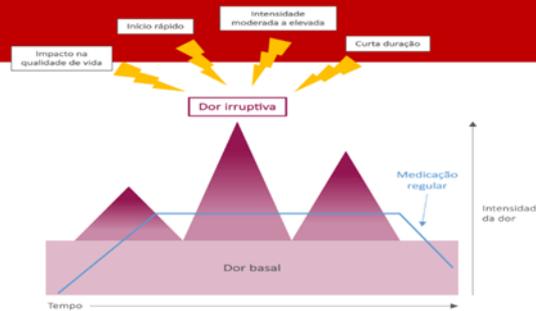




Dor Irruptiva

Quando ocorre um aumento momentâneo da intensidade da dor, de forma episódica, numa pessoa com dor crónica basal controlada, isto é, com o nível de dor que a própria pessoa considera tolerável, estamos perante uma dor irruptiva, que pode estar associada a um fator incidental ou irromper de forma não expectável.

Ritto et al, 2017



Adaptado de López, A., Estevez, F. (2019). Consensus statement on the management of breakthrough cancer pain: Assessment, treatment and monitoring recommendations. *Open J Pain Med.* 3(1):008-014.



Descritores da Dor



Norma nº 043/2011 da DGS, atualizada a 13/07/2017



Princípios da avaliação e controlo da dor

- Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor.
- A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica.
- A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas.
- A perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida.



Ordem dos Enfermeiros, 2008





IPD COIMBRA



- A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua.
- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação.
- O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada.
- Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor.
- A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família.



Ordem dos Enfermeiros,
2008



IPD COIMBRA



- A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida.
- Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado.
- Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional.
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor.
- Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.



Ordem dos Enfermeiros,
2008



IPD COIMBRA

AVALIAÇÃO DA DOR – Intervenções de enfermagem

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor.
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor.
- Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas.
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos.



Ordem dos
Enfermeiros, 2008



- Escolher os instrumentos de avaliação de dor adequados.

➤ **Autoavaliação** (se utente **consciente, orientado e colaborante**)

- ✓ Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ);

➤ **Heteroavaliação** (se utente **confuso, desorientado** ou consciência alterada)

- ✓ **DOLOPLUS**: observar o utente e preencher a escala;

➤ **Heteroavaliação**: (se utente **ventilado e sedado**):

- ✓ **BPS**: observar o utente e preencher a escala;



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade:

- Escala Visual Analógica (EVA);

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

- Escala Numérica (EN);



- Escala de Faces (EF);



- Escala Qualitativa (EQ).

Escala Qualitativa



No **idoso**, escolher as Escalas numérica ou Qualitativa, como 1ª alternativa



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos Enfermeiros, 2008



- Assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos Enfermeiros, 2008



Momentos de Avaliação da dor



- Aquando da realização da avaliação inicial
- Perante a verbalização ou presença de comportamentos sugestivos de dor

Registos da avaliação da dor

- Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
- Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados (complementar a informação quantitativa com outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor da pessoa) ;
- Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Modelos utilizados para realizar a história de dor

Modelo QUESTT

- **Question** - Questionar o paciente;
- **Use** - Usar uma escala de dor;
- **Evaluate** - Avaliar o comportamento e sinais físicos;
- **Secure** - Garantir envolvimento da família;
- **Take** - Ter em conta a causa da dor;
- **Take** - Ter em conta o tratamento e a sua eficácia;

Modelo OLDCARTS

- **Onset** – início
- **Location** – localização
- **Duration** – duração
- **Character/quality** - características/qualidade
- **Aggravating/associated factors** – fatores agravantes/associados
- **Relieving factors** – fatores de alívio
- **Temporal factors** – fator temporal
- **Severity** – intensidade

Modelo PQRST

- O que Provoca a dor
- Qual a Qualidade (tipo) da dor;
- Qual a Região da dor
- Qual a Severidade da dor
- Qual o Tempo de duração da dor

Batalha, 2016



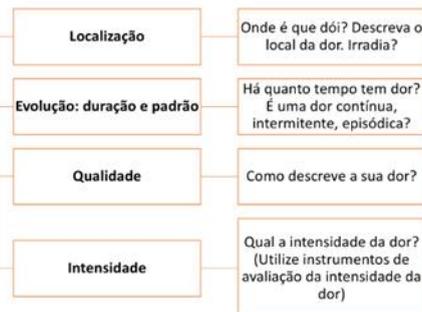
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



História de Dor

1

Características da dor



Ordem dos Enfermeiros, 2008



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





2 De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem?

Ex.: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.

**3 Fatores de alívio e agravamento
O que é que alivia e / ou agrava a sua dor?**

Ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.

**4 Estratégias de Coping
O que faz quando tem dor?**

**5 Impacto nas atividades de vida
De que forma a presença de dor afeta a sua vida?**

Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas atividades sociais e de lazer, no humor, etc.

Ordem dos
Enfermeiros, 2008



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



6 Conhecimento /Perceção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento

A que atribui esta dor? O que espera do tratamento?

(Explorar a perceção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).

7 Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor:

• Trabalho • Atividades de lazer • Relações pessoais • Estado emocional

Como é que a dor afeta o seu trabalho e a sua relação com os outros?

A presença da dor afeta-o psicologicamente?

A presença da dor afeta-o espiritualmente?

Ex: interferência no emprego, atividades sociais, relacionamento com os outros. Identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.

Ordem dos
Enfermeiros, 2008



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



CONTROLO DA DOR - Intervenções de Enfermagem

- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Ordem dos
Enfermeiros, 2008



- Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas, assim como nas terapias não farmacológicas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica ;
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos Enfermeiros, 2008



- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos Enfermeiros, 2008



Ensino à pessoa / cuidador principal / família



- Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo (Estratégias farmacológicas e não farmacológicas);
- Informar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Informar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor;
- Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
- Fornecer informação escrita que reforce o ensino;
- Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do autocontrolo e da continuidade dos cuidados.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos Enfermeiros, 2008



Princípios gerais no controlo da dor

- Medicação pela boca
- Medicação pelo relógio
- Medicação pela escada
- Medicação para o indivíduo
- Utilização de adjuvantes
- Atenção aos detalhes



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Escada Analgésica



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Características e efeitos colaterais da terapêutica analgésica

	Grupo de Fármacos	efeitos adversos importantes
DEGRAU 1	Não opióides	
ANALGÉSICOS NÃO OPIOIDES	PARACETAMOL	Lesão Hepática Redução da agregação plaquetária
	AINE's (AAS, Diclofenac, Ibuprofeno, Nimesulide, Tenoxicam, Naproxeno, Clonixina, Ketorolac, etc.)	Insuficiência renal Redução da agregação plaquetária Úlceras gástricas e Hemorragia gastrointestinal



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Características e efeitos colaterais da terapêutica analgésica

	Grupo de Fármacos	efeitos colaterais Mais Frequentes
DEGRAU 2	Opióides	
ANALGÉSICOS OPIOIDES FRACOS	FRACOS (Tramadol, Codeína, etc.)	Confusão/alucinações
COM OU SEM ADJUVANTES		Fadiga
		Náuseas
		Obstipação
		Pesadelos
TRAMADOL		Sonolência
CODEÍNA		Tonturas



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Características e efeitos colaterais da terapêutica analgésica

	Grupo de Fármacos	Efeitos adversos importantes
DEGRAU 3	Opióides	
ANALGÉSICOS OPIOIDES FORTES	FORTES (Morfina, Fentanil, etc.)	Confusão/alucinações
COM OU SEM ADJUVANTES		Fadiga
		Náuseas
		Obstipação
		Pesadelos
		Sonolência
MORFINA		Tonturas
METADONA		
BRUPERNORFINA		
FENTANIL		
OMIXICODONA		
TAPENTADOL		



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Grupo de Fármacos	Efeitos adversos importantes
Adjuvantes	
<u>Antidepressivos tricíclicos</u> (Amitriptilina, paroxetina, escitalopram, etc.)	Agitação
	Alterações da memória e do pensamento
	Obstipação
	Tonturas
<u>Anticonvulsivantes</u> (Valproato de sódio, Carbamazepina, Gabapentina, Pregabalina, Topiramato, etc.)	Alucinações
	Sonolência
	Tonturas

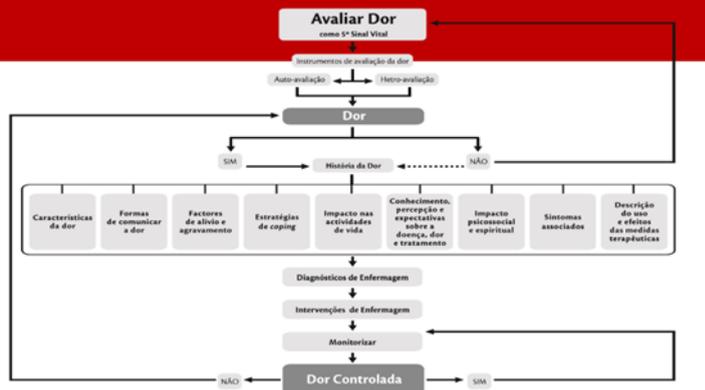


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Grupo de Fármacos	Efeitos adversos importantes
<u>Corticóides</u> (Prednisolona, Dexametazona, etc.)	hiperglicemia, osteoporose, diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos, alterações digestivas
<u>Reguladores do metabolismo do cálcio</u> (Ac. Zoledrónico, etc.)	Pirexia, mialgias
<u>Relaxantes musculares</u> (Diazepam, etc)	Sonolência, tonturas, tremor, Convulsões.
<u>Ansiolíticos</u> (Diazepam, Alprazolam, Hidroxizina, etc.)	Sonolência, Risco de tolerância e dependência.



Barreiras ao controlo da dor

Aspetos relacionados com os doentes

- Evitam queixar-se
- Debilidade e incapacidade de solicitar medicação
- Não querem reconhecer que a sua doença está em progressão
- Relutância a toma da medicação
- Falta de literacia e crenças erradas em relação à medicação



(Ritto et. al, 2017)



Barreiras ao controlo da dor

Aspetos relacionados com os profissionais de saúde

- Avaliação deficiente da dor
- Não acreditar no doente
- Falta de conhecimento: fisiopatologia da dor, tratamento, efeitos secundários da medicação
- Oligo-analgesia: subtratamento da dor
- Dificuldade na conversão de opióides
- Enfoque na doença e não nas queixas no doente
- Falta de comunicação

(Ritto et al., 2017)



Barreiras ao controlo da dor

Aspetos relacionados com o sistema de saúde

- Políticas de saúde
- Custos financeiros
- Profissionais dedicados à área da dor insuficientes
- Legislação restritiva em relação a alguns fármacos

(Ritto et al., 2017)



Barreiras ao controlo da dor

ESTRATÉGIAS

- Educação e capacitação dos doentes
- Formação dos profissionais de saúde
- Implementação do Plano Nacional para a prevenção e controlo da dor

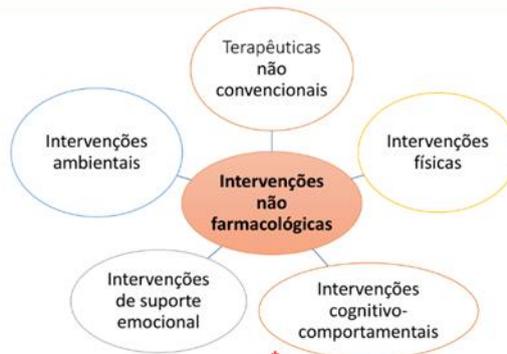
(Ritto, et. al, 2017)





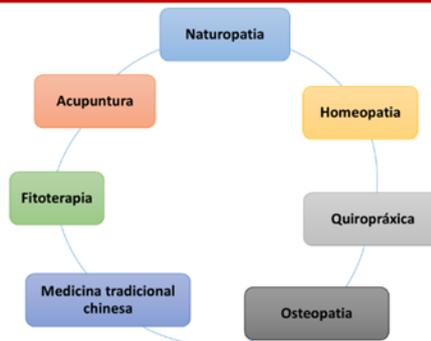
Intervenções não farmacológicas de gestão da dor

As intervenções não farmacológicas na gestão da dor abrangem diversas intervenções, incluindo abordagens físicas, psicológicas, complementares e alternativas e outras técnicas inovadoras que fornecem opções analgésicas para dor crónica (Shi & Wu, 2023).



Terapêuticas não convencionais

Em 2013 foi promulgada a Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro, a qual regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais e o seu exercício. As terapias englobadas nesta lei são as seguintes:



Massagem Terapêutica

A massagem é definida como **“ato de massajar e pressionar partes do corpo”** (Ordem dos Enfermeiros, 2008), que tem como objetivos: **facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular.**

- ✓ Promove sensação de bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor.
- ✓ Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático
- ✓ Relaxa a musculatura no local da sua aplicação, dando sensação de conforto e de bem-estar ao doente.
- ✗ Está contraindicada em pessoas com doenças dérmicas, na presença de tumores, cicatrizes recentes ou feridas abertas, em zonas adjacentes a fraturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório.



Almeida e Duarte (2000)



De acordo com Shi & Wu (2023), a terapia de calor e frio consiste na aplicação de agentes térmicos nos tecidos para alívio da dor. O calor é aplicado para promover o relaxamento muscular e proporcionar uma sensação de conforto. Por outro lado, a aplicação de frio visa reduzir a inflamação, através da vasoconstrição.



Esta técnica está contraindicada em casos de pessoas que sofrem de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência, por forma a evitar eventos adversos como queimaduras, congelamento ou danos nos nervos.



As intervenções ambientais encontram-se relacionadas com os estímulos visuais, tácteis, o ruído e temperatura ambiente (Batalha, 2010).



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Mitos, Crenças e Preconceitos sobre a dor



Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
As pessoas devem ser encorajadas a “aguentarem” a sua dor	A dor não controlada aumenta o sofrimento e torna as pessoas mais vulneráveis
As experiências anteriores de dor ensinam a pessoa a ser mais tolerante	As experiências de dor aumentam a vulnerabilidade e a morbilidade à dor
A dor só existe na presença de lesão	Toda a dor é real, independente da sua causa



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Ordem dos enfermeiros, 2008



Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
O uso dos opióides causa depressão respiratória e dependência	Em situação de dor, os estudos comprovam que raramente se desenvolve depressão respiratória e dependência
Os ansiolíticos aliviam a dor	Os ansiolíticos diminuem a ansiedade, mas não possuem ação analgésica
O comportamento das pessoas reflete a sua dor	Para além do autorrelato, não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico da dor

Ordem dos enfermeiros, 2008



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
estímulos comparáveis produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas	Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme, mas o limiar de percepção dolorosa é influenciado por fatores físicos, psicossociais e culturais variando de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação.
as pessoas dizem quando têm dor	As pessoas podem negar a existência de dor, se não conhecerem o profissional de saúde, se tiverem medo, se recearem a via de administração, para protegerem os familiares ou por razões sócio económicas.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
os costumes e as crenças da pessoa não são importantes no controlo da dor	Os valores socioculturais e as experiências pessoais influenciam a forma como a pessoa vivencia e expressa a dor.
a morfina só deve ser utilizada em último recurso	A morfina é um fármaco a ser utilizado consoante a necessidade terapêutica e pela resposta, não segundo o prognóstico.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Notas gerais



- A avaliação da intensidade da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu tratamento. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação exata impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos.
- Como fenómeno multidimensional e universal a dor exige de nós uma resposta personalizada e igualmente universal para se obter a excelência nos cuidados de saúde.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Bibliografia

- Almeida, M., & Duarte, S. (2000). *Massagem Dorsal de Bem-Estar e de Conforto*. Referência.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor [Manual de apoio - Versão 1]*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- DGS (2011). Norma nº 043/2011 de 23/12/2011 ,atualizada em 13/07/2017 . *Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0432011-de-23122011.aspx>
- Indelicato, R. A., & Portenoy, R. K. (2002). Opioid rotation in the management of refractory cancer pain. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 20(1), 348-352. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.20.1.348>
- Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro. (2013). Terapêuticas não convencionais . Em *Diário da República: 1ª Série*, nº 168, 5439-5442
- López ,A., Estevez, F. (2019). Consensus statement on the management of breakthrough cancer pain: Assessment, treatment and monitoring recommendations. *Open J Pain Med.* 3(1), 8-14. <http://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000011>



- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, 1(1). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., Selma, R., & Faustino, A. (2017). *Manual de Dor Crónica*. Fundação Grünenthal.
- Shi, Y., & Wu, W. (2023). Multimodal non-invasive non-pharmacological therapies for chronic pain: mechanisms and progress. *BMC medicine*, 21(1), 372. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03076-2>



APÊNDICE 7. Panfleto sobre administração de terapêutica transdérmica

TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA



Para a sua segurança e garantir a eficácia da terapêutica, deve seguir as seguintes instruções:

Unidade de Tratamento da dor

Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Em caso de esquecimento de trocar o penso ou este descolar-se:

Deve aplicar um novo penso imediatamente, numa zona do corpo diferente e aplicar a rotina de mudança correspondente ao novo penso aplicado.



Endereço eletrónico:
unidade.dor@ipocoimbra.min-saude.pt



Telefone: 239 400 213

Calendário de aplicação terapêutica

Troque o adesivo sempre à mesma hora, nos dias assinalados no calendário

Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Mai	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31											31

Unidade de Tratamento da Dor

IPO Coimbra



GUIA INFORMATIVO

TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



IPO COIMBRA

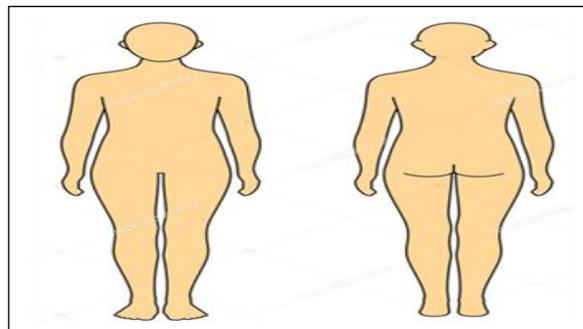
O que é a Terapêutica Transdérmica opióide?

- É um modo de administração de medicamentos analgésicos através da pele;
- Utiliza-se para o tratamento da dor crónica;
- Permite uma libertação sistémica, lenta e constante do medicamento, proporcionando alívio contínuo da dor crónica;
- Consiste na aplicação de um adesivo medicamentoso na pele.

Como aplicar o adesivo transdérmico?

A aplicação correta do adesivo transdérmico é fundamental para garantir a eficácia do tratamento.

1. Escolha uma zona de pele limpa e seca (sem creme, loções, óleos, suor), sem pêlos, sem cicatrizes, sem sinais, não irritada e fora das articulações, de acordo com os locais assinalados na imagem;
2. Caso necessite de remover pêlos, corte-os com uma tesoura (não usar lâminas ou máquinas de corte);



1. Lave as mãos;
2. Retire o penso do invólucro seguindo as instruções do fabricante para remover o adesivo do invólucro;
3. Remova, cuidadosamente, metade da película, sem tocar com os dedos na parte interior do penso;
4. Aplique o penso e remova o resto da película
5. Verifique que o penso está bem aderente;
6. Pressione o penso sobre a pele com a palma da mão, durante 20 segundos.

Como substituir o adesivo transdérmico?

A zona da pele que esteve em contacto com o penso não deve ser novamente utilizada durante uma semana.

Mude a zona onde vai colar o novo penso. Deve escolher um sentido de rotação e rodar as zonas de aplicação sempre no mesmo sentido.

Troque o adesivo sempre à mesma hora, nos dias assinalados no calendário.

Como é que se remove o penso?

- Removê-lo devagar, paralelamente à superfície da pele, dobrando-o com a face adesiva para dentro;
- Coloque o penso no lixo;
- Após a remoção, aplique creme hidratante na pele que esteve em contacto com o penso.

Unidade de Tratamento da Dor

Instituto Português de Oncologia

APÊNDICE 8. Formação sobre PBVT



PRECAUÇÕES BÁSICAS NO CONTROLO DA INFEÇÃO: BASEADAS NAS VIAS TRANSMISSÃO

Realizado por Adriana Esteves, Aluna da Especialidade de Médico-cirúrgica – Área do doente em situação crónica, sob a orientação do Enfermeiro Nelson Pais

Novembro de 2024



Esta formação tem como objetivos:

- Transmitir conhecimentos acerca da cadeia de infeção e das vias de transmissão.
- Descrever os procedimentos a adotar em função das vias de transmissão conhecidas para determinados microrganismos.
- Promover a diminuição da transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde .



As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

DGS (2017)





DEFINIÇÕES E CONCEITOS

- **Colonização** - Replicação de um microrganismo nos tecidos do hospedeiro, não acompanhada de sintomas ou sinais de infeção. Devem evitar-se as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços.

≠

- **Infeção** - Replicação de um microrganismo nos tecidos do hospedeiro com consequente desenvolvimento de manifestações clínicas.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DEFINIÇÕES E CONCEITOS

- **Microrganismos epidemiologicamente relevantes** - Microrganismos que, pelas suas características, sejam de difícil tratamento e erradicação ou que estejam associados a surtos.
- **Precauções baseadas nas vias de transmissão** - Medidas de controlo da disseminação de agentes infecciosos, tendo por base a cadeia de transmissão do mesmo.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DEFINIÇÕES E CONCEITOS

- **Infeções associadas a cuidados de saúde (IACS)** - Infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que podem, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade .

- Diminuem a eficiência dos profissionais;
- Significam o uso ineficiente dos recursos;
- Afetam a disponibilidade de cuidar de outros doentes;
- Aumento dos custos hospitalares;
- Representam um risco para os trabalhadores de saúde;
- Afetam as taxas de mortalidade e qualidade de vida dos doentes e suas famílias;
- Afetam a produtividade das empresas que empregam pessoas que adquiriram uma IACS

Consequências



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFEÇÃO



QUEBRAR A CADEIA DE TRANSMISSÃO



TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Para que ocorra transmissão de um agente infeccioso em contexto hospitalar é necessário que estejam presentes três elementos:

1. Fonte ou reservatório do microrganismo infetante;
2. Hospedeiro suscetível;
3. Via de transmissão adequada para o microrganismo.





IPO COIMBRA

1. Fonte ou Reservatório

- Em ambiente hospitalar, os principais reservatórios de agentes patogénicos são o corpo humano e o ambiente inanimado.
- Doentes, profissionais de saúde e visitantes podem, portanto, ser fonte de infeção. Estes podem manifestar doença ativa, encontrar-se numa fase assintomática de doença, no período de incubação ou ainda encontrarem-se transitória ou persistentemente colonizados por microrganismos patogénicos.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

2. Hospedeiro Suscetível

- Pessoa com mecanismos de defesa comprometidos, com deficiências no seu sistema imunológico ou sem proteção adequada contra o microrganismo.
- Do contacto entre um hospedeiro suscetível e um agente infeccioso, não é obrigatório que resulte doença.

Após entrada o microrganismo:

- Não encontra ambiente favorável – **morre**.
- Encontra ambiente favorável – **coloniza**.
- Invade os tecidos – **infecta**.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

3. Vias de Transmissão

A via de transmissão é um dos pilares fundamentais da cadeia de infeção, constituindo-se como um alvo de atuação dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados aos indivíduos infetados ou colonizados por um determinado agente.

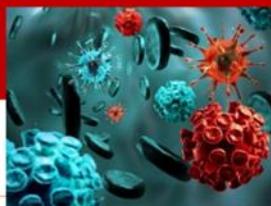


SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

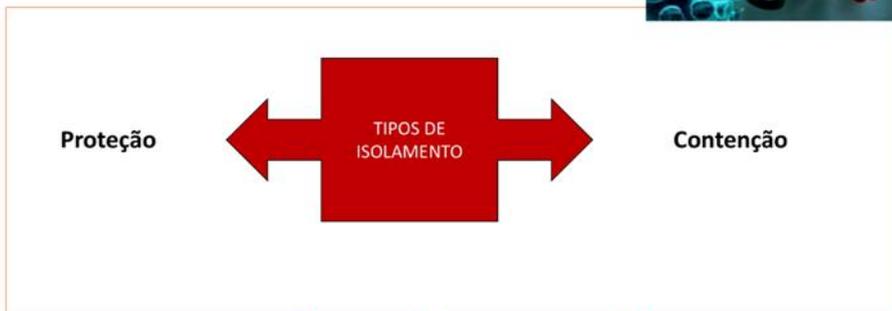




IPO COIMBRA



Tipos de Isolamento



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA



Isolamento de Proteção

- O isolamento de proteção está indicado para utentes imunodeprimidos, cujo sistema imunitário se encontra deficitário. Este estado de imunossupressão pode ocorrer em consequência de vários fatores, entre eles a realização de tratamentos como a quimioterapia.
- Estes indivíduos correm um risco particularmente elevado de contrair infeções, que colocam a sua vida em risco, sejam elas de origem endógena ou exógena. Neste grupo de utentes incluem-se os neutropénicos.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA



Recomendações

- Aquando do internamento e sempre que possível, o utente seja colocado em quarto individual, com casa de banho incluída;
- Seja colocada informação de isolamento protetor na porta do quarto;
- Restringir ao máximo as visitas. Ensinar as visitas a higienizar as mãos antes de entrar e ao sair do quarto, bem como a vestir equipamento protetor;
- Uso de EPI, nomeadamente bata e máscara.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

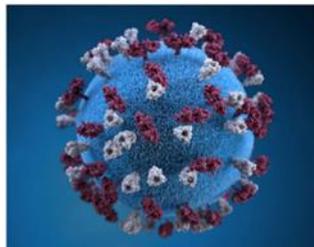




IPO COIMBRA

Isolamento de contenção

O isolamento de contenção está indicado para pessoas portadoras ou infetadas com microrganismos. O objetivo deste tipo de isolamento é reduzir o risco da transmissão dos microrganismos. As medidas recomendadas referem-se a precauções de isolamento, não de utentes, mas dos microrganismos envolvidos.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão



As PBVT são complementares às precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) e requerem a implementação de estratégias de contenção dependentes da via de transmissão de cada microrganismo: contacto, gotículas ou via aérea. Devem ser instituídas logo que sejam detetados sinais/sintomas sugestivos de infeção transmissível e não apenas quando se confirma o diagnóstico.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

Medidas gerais nas PBVT

• **Ensinos ao doente:**

- Quando independente, fazer ensinos sobre a importância de se manter no seu quarto ou na sua unidade, saindo apenas mediante a autorização dos profissionais de saúde;

• **Ensinos à família/visitas:**

- Ensino e treino da higiene das mãos (realizada sempre à entrada e à saída do ambiente envolvente do doente);

- Ensino e treino para correta utilização de EPI (sequência e uso correto).



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





Medidas gerais nas PBVT

Colocação do doente

- Quarto privativo – se disponível.
- Se houver poucos quartos individuais:
 - Priorizar os doentes cujas condições possam facilitar a transmissão do agente infeccioso (drenagens não contidas, incontinência fecal) para colocar em quarto individual.
 - Coloque no mesmo quarto (**coorte**) os doentes que estejam colonizados ou infetados com o mesmo agente e que possam partilhar o mesmo ambiente.
 - É recomendado no mínimo 1 metro de distância entre doentes.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Medidas gerais nas PBVT

Higiene e limpeza do ambiente:

- A unidade do doente deve ser diariamente higienizada, de preferência com panos de uso único;
- O pavimento deve ser limpo. Não há necessidade de utilizar desinfetantes, a não ser em caso de necessidade de gestão de derrames (neste caso, existe o procedimento Pro.152.02- atuação perante um derrame de fluidos orgânicos);
- Na alta, todos os equipamentos e materiais da unidade do doente devem ser limpos e desinfetados, as cortinas devem ser encaminhadas para a lavanderia.

Louça e utensílios de alimentação:

- Não existe indicação para a utilização de louça ou utensílios de alimentação de uso único;
- O tabuleiro de alimentação deve ser entregue ao doente por profissionais de saúde devidamente equipados;
- No final, poder-se-á acondicionar o tabuleiro de alimentação em saco plástico.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO



O uso destas precauções está indicado em todos os utentes com suspeita ou certeza de estarem infetados ou colonizados por microrganismos que possam ser transmitidos por contato direto ou indireto.



IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO



Utilização de EPI :

- **Luvas:**
- Calçar luvas ao entrar no quarto (Usar luvas sempre que tocar a pele intacta do doente ou superfícies e objetos em estreita proximidade com o doente (p. ex., equipamentos médicos, grades das camas)).
- Enquanto se cuida do utente, as luvas devem ser mudadas após ter contato com material contaminado (material fecal e drenagem de feridas, por exemplo).
- Devem ser removidas antes de deixar o quarto e as mãos devem ser lavadas com sabão antisséptico ou desinfetadas com SABA.
- **Aventais ou Batas:**
- Vestir bata/avental ao entrar no quarto e retire o avental/bata e realize a higiene das mãos antes de deixar o ambiente do doente.
- Após a remoção, certificar de que a roupa e a pele não toquem em superfícies ambientais potencialmente contaminadas que possam resultar em uma possível transferência de microrganismos para outros doentes ou superfícies ambientais.



IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO



Transporte do doente:

- Limitar o transporte e a circulação de doentes para fora do quarto apenas para os propósitos clínicos estritamente necessários.
- Quando necessário o transporte ou circulação , assegurar que as áreas infetadas ou colonizadas do corpo do doente estejam contidas e cobertas.
- Retirar e descartar os EPI contaminados e realizar a higiene das mãos antes de transportar doentes.
- Utilize EPI limpos ao manusear o doente no local de destino após o transporte.





IPO COIMBRA



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO

- **Medidas ambientais:** limpeza diária do quarto, com foco nas superfícies frequentemente tocadas (p. ex., grades da cama, mesa de cabeceira, maçanetas) e equipamentos nas imediações do doente.
- **Resíduos:** todos os resíduos são considerados de risco biológico, acondicionados em saco branco e retirados com maior periodicidade.
- **Suspensão das precauções:** suspender as precauções por contato após o término dos sinais e sintomas de infeção ou de acordo com as recomendações específicas acerca do patogénico.



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO

- Se for necessário colocar um doente que requeira precauções por contato com um doente que não seja colonizado nem infetado pelo mesmo agente infeccioso:
 - Evitar colocar o doente que requeira precauções por contato no mesmo quarto com um doente cuja condição aumente o risco de infeção ou transmissão de microrganismos como sejam doentes **imunocomprometidos**, com **feridas abertas** ou com previsão de **hospitalização prolongada**.
 - Assegurar que os doentes permaneçam fisicamente separados cerca **1 metro** de distância entre camas um do outro.
 - Retirar os EPI e realizar a higiene das mãos entre contatos com diferentes doentes no mesmo quarto, independentemente de um ou ambos estarem sob precauções de contato.



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

Norma 19/2014 da DGS



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO, por *Clostridium difficile*

- **Especificidades**
 - Higienização das mãos com **água e sabão**
- **Levantamento de medidas de isolamento**
 - Quando deixar de haver clínica (deixar de haver dejeções diarreicas há mais de 24h)



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





IPO COMBRIA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTACTO, por Enterobacteriaceae Produtoras de de Carbapenemases (EPC)



Infeções ou colonizações
com KPC, Nova Deli – NDM,
VIM, ...



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



IPO COMBRIA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS



- As gotículas respiratórias contendo o agente infeccioso transmitem a infeção quando se deslocam a curtas distancias diretamente do trato respiratório da pessoa infetada tosse, espirra ou fala para a mucosa (nasal, a conjuntival e com menor frequência a boca) do hospedeiro sensível.
- As gotículas são definidas por tamanho acima de **5µm (micra)**.
- Podem ser também geradas durante procedimentos como aspiração e intubação traqueal, cinesiterapia respiratória e ressuscitação cardiopulmonar.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



IPO COMBRIA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS



Colocação do doente:

- Se houver poucos quartos individuais, priorizar os doentes que tenham tosse produtiva excessiva.
- Evitar colocar o doente que requeira precauções por gotícula no mesmo quarto com doentes imunocomprometidos ou com previsão de hospitalização prolongada.

A porta do quarto pode
permanecer aberta e não
são necessários sistemas
especiais de ventilação.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE





PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

Utilização de EPI :

▪ Luvas:

- Calçar luvas ao entrar no quarto (Usar luvas sempre que tocar a pele intacta do doente ou superfícies e objetos em estreita proximidade com o doente (p. ex., equipamentos médicos, grades das camas)).
- Enquanto se cuida do utente, as luvas devem ser mudadas após ter contato com material contaminado (material fecal e drenagem de feridas, por exemplo).
- Devem ser removidas antes de deixar o quarto e as mãos devem ser lavadas com sabão antisséptico ou desinfetadas com SABA.

▪ Aventais ou Batas:

- Vestir bata/avental ao entrar no quarto e retire o avental/bata e realize a higiene das mãos antes de deixar o ambiente do doente.
- Após a remoção, certificar de que a roupa e a pele não toquem em superfícies ambientais potencialmente contaminadas que possam resultar em uma possível transferência de microrganismos para outros doentes ou superfícies ambientais.



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

Utilização de EPI :

▪ Máscara cirúrgica:

Colocação de máscara cirúrgica antes de entrar no quarto.

▪ Óculos de proteção:

Quando há risco de exposição de salpicos para a mucosa ocular.

Ex: procedimentos geradores de salpicos, falar, tossir,...



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

Transporte do doente:

- Deve ser colocada máscara cirúrgica ao doente.

Equipamentos e materiais assistenciais:

- O equipamento/material deve ser de uso exclusivo do utente.

Resíduos:

- Todos os resíduos são considerados de risco biológico, acondicionados em saco branco e retirados com maior periodicidade.





IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR AEROSSOIS



- Ocorre por disseminação de núcleos goticulares ou de pequenas partículas de diâmetro $< 5 \mu\text{m}$ (micra) contendo agentes infecciosos que permanecem no ar por períodos prolongados e atingem distâncias longas.
- Atingem longas distâncias através de correntes de ar e ser inalados por pessoas suscetíveis que não tiveram contato próximo ou que estiveram no mesmo quarto com a pessoa infetada.
- O tamanho da partícula constitui a forma ideal para a inalação, uma vez que é suficientemente pequena para atingir a árvore respiratória sem ser contida pelos cílios da mucosa do trato respiratório superior.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR AEROSSOIS



Colocação do doente:

- Quarto isolamento de infeção de transmissão por aerossóis de "pressão negativa".
- Quando o doente estiver em quarto de isolamento, a máscara poderá ser removida.
- Se não tiver um quarto de isolamento de infeção de transmissão por aerossóis disponível, o doente deve utilizar máscara cirúrgica .

Porta do quarto fechada



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR AEROSSOIS



Utilização de EPI:

- Colocar respiradores PFF2/N95 antes de entrar no quarto e removê-lo apenas no exterior deste.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE





IPO COIMBRA

PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR AEROSSOIS



Transporte do doente:

- Nos doentes com lesões associadas a varicela ou lesões de pele com drenagem causadas por *M. tuberculosis*, cobrir a área afetada para prevenir aerossolização ou contato com o agente infeccioso da lesão da pele.
- Os profissionais que estiverem transportar o doente não necessitam de usar máscara ou respirador, se o doente estiver com máscara cirúrgica e as lesões da pele estiverem cobertas.
- Sempre que o utente tenha que se deslocar para fora da área de isolamento deve utilizar máscara cirúrgica. A máscara cirúrgica destina-se a filtrar o ar expirado e, por isso, a evitar que as gotículas infecciosas sejam disseminadas e posteriormente inaladas.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA



IPO COIMBRA

	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação/notificação de microrganismos cuja transmissão ocorra por via aérea:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>; Sarampo.
	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação/notificação de microrganismos cuja transmissão ocorra por gotículas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Bordetella pertussis</i>; Vírus influenza; Adenovírus; Rinovírus; <i>Neisseria meningitidis</i>; <i>Streptococcus</i> do grupo A; SARS-CoV-2, em doentes sem necessidade de realização de procedimentos geradores de aerossóis; Microrganismos multirresistentes (exceto os identificados como microrganismos alerta) em doentes com infeção respiratória.
	<p>Medidas de isolamento a implementar sempre que haja a identificação/notificação de microrganismos e ou condição clínica, cuja transmissão ocorra por contacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> Microrganismos multirresistentes (exceto os identificados como microrganismos alerta); Vírus sincicial respiratório; Doentes com drenagens exuberantes (drenos, sondas ou outras); Doentes com presença de ferida exsudativa e/ou drenagem, diarreia e/ou incontinência fecal; Escabiose (sarna); Pediculose.



IPO COIMBRA



Nota final

- As precauções baseadas nas vias de transmissão são um complemento das Precauções básicas do controlo de infeção.
- A Prevenção e Controlo de infeção, é responsabilidade de todos e, tem como objetivo, evitar que os agentes patogénicos tenham acesso, em número significativo, às portas de entrada do hospedeiro suscetível.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



IPO COIMBRA



IPO COMBATA



Nota final

- As precauções baseadas nas vias de transmissão são um complemento das Precauções básicas do controlo de infeção.
- A Prevenção e Controlo de infeção, é responsabilidade de todos e, tem como objetivo, evitar que os agentes patogénicos tenham acesso, em número significativo, às portas de entrada do hospedeiro suscetível.

APÊNDICE 9. Estratégia de pesquisa na Base de Dados MEDLINE (via Pubmed)

Search number, Query, Sort By, Filters, Search Details, Results, Time

14,"(((((((Informal Caregiver[Title/Abstract]) OR (Informal Carer[Title/Abstract]) OR (Care assistant[Title/Abstract]) OR (Informal Caretaker[Title/Abstract]) OR (Caregivers[Mesh]) AND (((Cancer patient[Title/Abstract]) OR (Oncology Patient[Title/Abstract]) OR (Neoplasms[Mesh])) AND (((Chronic Pain[Title/Abstract]) OR (Chronic Pain[Mesh])) AND (((Self Management[Title/Abstract]) OR (Management[Title/Abstract]) OR (Pain Management[Mesh])) AND (((barriers[Title/Abstract]) OR (facilitators[Title/Abstract]) OR (difficulties[Title/Abstract]))",,"(Informal Caregiver[Title/Abstract] OR Informal Carer[Title/Abstract] OR Care assistant[Title/Abstract] OR Informal Caretaker[Title/Abstract] OR Caregivers[MeSH Terms]) AND (Cancer patient[Title/Abstract] OR Oncology Patient[Title/Abstract] OR Neoplasms[MeSH Terms]) AND (Chronic Pain[Title/Abstract] OR Chronic Pain[MeSH Terms]) AND (Self Management[Title/Abstract] OR Management[Title/Abstract] OR Pain Management[MeSH Terms]) AND (barriers[Title/Abstract] OR facilitators[Title/Abstract] OR difficulties[Title/Abstract])",4,07:24:28

13,((barriers[Title/Abstract]) OR (facilitators[Title/Abstract]) OR (difficulties[Title/Abstract]),,,"barriers[Title/Abstract] OR facilitators[Title/Abstract] OR difficulties[Title/Abstract]",423,442",07:14:49

11,"Pain Management[Mesh]",Most Recent,,"Pain Management[MeSH Terms]",43,329",07:10:16

12,(((Self Management[Title/Abstract]) OR (Management[Title/Abstract])) OR (Pain Management[Mesh]),,,"Self Management[Title/Abstract] OR Management[Title/Abstract] OR Pain Management[MeSH Terms]",1,627,140",07:09:56

10,("Self Management[Title/Abstract]) OR (Management[Title/Abstract]),,,"Self Management[Title/Abstract] OR Management[Title/Abstract]",1,600,284",07:08:59

8,"Chronic Pain[Mesh]",Most Recent,,"Chronic Pain[MeSH Terms]",25,462",07:07:50

9,("Chronic Pain[Title/Abstract]) OR (Chronic Pain[Mesh]),,,"Chronic Pain[Title/Abstract] OR Chronic Pain[MeSH Terms]",64,960",07:07:39

7,"""Chronic Pain""[Title/Abstract]"",,"""Chronic Pain""[Title/Abstract]", "55,766",07:05:33

5,"""Neoplasms""[Mesh]",Most Recent,,"""Neoplasms""[MeSH Terms]", "4,029,976",07:05:07

6,("(("Cancer patient""[Title/Abstract]) OR ("Oncology Patient""[Title/Abstract])) OR ("Neoplasms""[Mesh]"",,"Cancer patient""[Title/Abstract] OR "Oncology Patient""[Title/Abstract] OR "Neoplasms""[MeSH Terms]", "4,034,153",07:04:29

4,("Cancer patient""[Title/Abstract]) OR ("Oncology Patient""[Title/Abstract]"",,"Cancer patient""[Title/Abstract] OR "Oncology Patient""[Title/Abstract]", "17,702",07:03:23

2,"""Caregivers""[Mesh]",Most Recent,,"""Caregivers""[MeSH Terms]", "54,812",07:02:24

3,(((((" Informal Caregiver""[Title/Abstract]) OR ("Informal Carer""[Title/Abstract])) OR ("Care assistant""[Title/Abstract])) OR ("Informal Caretaker""[Title/Abstract])) OR ("Caregivers""[Mesh]"",,"Informal Caregiver""[Title/Abstract] OR "Informal Carer""[Title/Abstract] OR "Care assistant""[Title/Abstract] OR "Informal Caretaker""[Title/Abstract] OR "Caregivers""[MeSH Terms]", "55,405",07:01:49

1,(((((" Informal Caregiver""[Title/Abstract]) OR ("Informal Carer""[Title/Abstract])) OR ("Care assistant""[Title/Abstract])) OR ("Informal Caretaker""[Title/Abstract]"",,"Informal Caregiver""[Title/Abstract] OR "Informal Carer""[Title/Abstract] OR "Care assistant""[Title/Abstract] OR "Informal Caretaker""[Title/Abstract]", "1,533",06:58:47

APÊNDICE 10. Tabela de extração de evidências

Título:	Autores:	Ano:	País:	Tipo de estudo	População:	Resultados:		
						Intervenções do cuidador na gestão da dor	Dificuldades/ barreiras do cuidador na gestão da dor	Estratégias facilitadoras do cuidador na gestão da dor