



CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE EM ONCOLOGIA

Mestrado em Oncologia

Catarina Taborda Ferreira Soares Sousa Lopes
2008/2011

Catarina Taborda Ferreirinha Soares Sousa Lopes

CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE EM ONCOLOGIA

Relatório de Estágio para candidatura ao grau de
Mestre em Enfermagem Oncológica
Submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professor Doutor Carlos Lopes
Categoria – Professor catedrático
Afiliação – Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do
Porto.

Ou o Sol gira ao redor da Terra, ou a Terra gira em torno do Sol.

Os doentes podem estar em órbita dos seus prestadores de cuidados ou estes em órbita dos seus doentes

(Steven Lewis)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos Lopes que, desde o início, se disponibilizou para orientar este relatório que, quanto sei, é o primeiro em enfermagem oncológica no âmbito do mestrado em Oncologia ministrado pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, e que mostrou as opções de caminho a seguir estimulando a sua persecução;

Ao Sr. Enfermeiro Jorge Lima pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstrou para conversar comigo e com os responsáveis pelas clínicas onde decorreu o estágio e pelas opiniões e sugestões com que me presenteou;

A todos os profissionais das clínicas e serviços por onde passei, principalmente aos enfermeiros que, com paciência, me explicaram os objectivos e a dinâmica de cada local e me ajudaram a compreender os procedimentos necessários;

Aos meus colegas da medicina oncológica (piso 3) e do Hospital de Dia, pela disponibilidade demonstrada de modo a permitir-me poder cumprir as horas de estágio e pelas chamadas de atenção a determinados focos de atenção deste relatório;

Aos meus amigos, que me deram sempre alento nas horas de menor motivação;

Aos meus pais e aos meus sogros e que se disponibilizaram para colmatarem as minhas ausências em casa, ficando com o meu filho e cuidando dele com o maior carinho;

Ao meu marido, pelo tempo que lhe roubei, pela compreensão, paciência e amor que me demonstrou durante todo o tempo que durou o estágio e a conclusão deste relatório, estando sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos nunca reclamando das minhas ausências;

Ao meu filho, Miguel, que no seu primeiro ano de vida não usufruiu, como merecia, do tempo de estar com a sua mãe.

A todos o meu MUITO OBRIGADA

Resumo

Neste momento, os cuidados centrados no doente são uma preocupação das instituições de saúde em geral como resposta ao documento “Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia” elaborado pela coordenação nacional para as doenças oncológicas em Dezembro de 2009, dirigidos a toda a comunidade, mas mais especificamente aos profissionais de saúde, numa perspectiva holística de cuidados. A filosofia dos cuidados centrados no doente baseia-se num modelo de prestação de cuidados em que o doente é participante activo do seu processo de doença e cura e em que a sua dimensão é envolvida em todos os cuidados prestados, adquirindo por isso um plano de cuidados único e individual.

A comunicação e a confiança nos profissionais de saúde são de vital importância para que os doentes/família se sintam participantes activos na tomada de decisão do seu processo de doença/ tratamento e espera-se que o resultado se traduza num maior envolvimento do doente e família em todas as fases do processo e, consequentemente, na melhoria significativa nos diferentes aspectos (físico, psicológico, familiar e social).

O estágio decorreu no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, nas clínicas de patologia multidisciplinar da mama, digestiva, de cabeça e pescoço, oncohematologia e no serviço de cuidados paliativos num total de 350 horas (70h por cada local).

No decorrer do estágio foi possível a percepção de que a maioria das práticas exercidas, em algumas clínicas, vão de encontro à filosofia dos cuidados centrados no doente, enquanto noutras existe um espaço para alteração de práticas e comportamentos para que estejam de acordo com o conceito. A dificuldade maior observada foi a falta de tempo e disponibilidade emocional dos profissionais aliadas à resistência em alterar modelos de prestação de cuidados bastante enraizados que não vão de encontro à filosofia dos cuidados centrados no doente.

No final deste relatório apresenta-se um conjunto de sugestões na expectativa de que alguns dos problemas identificados possam ser solucionados e para que se

possa manter o nível de excelência que sempre caracterizou a instituição onde se realizou o estágio.

Abstract

At this time, patient-centered care is a concern of health institutions in general as a response to the document "Requirements for the provision of care in oncology" prepared by the National Coordination for malignancy in December 2009, but mainly for professionals in a perspective of holistic health care. The philosophy of patient-centered care is based on a model of care where the patient is an active participant in their disease and healing process and it is involved in his whole dimension in care, so getting a plan unique and individual care.

Communication and trust in health professionals are vital to the patients/families feel as active participants in decision-making process of their disease/treatment and it is expected that the result will translate into a greater involvement of the patient and family in all phases of the process and, consequently, substantial improvement (physical or psychological).

The stage took place in the Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, in the multidisciplinary clinical pathology of the breast, gastrointestinal, head and neck, hemato-oncology and palliative care sticks for a total of 350 hours (70 hours in each place).

During the stage it was possible the perception that the majority of the practices carried out in some clinics, goes in favor of the philosophy of patient- centered care, while in others there is room for a change of practices and behaviour that are consistent with the concept. The greatest difficulty found was the lack of time and emotional availability from the professionals allied to the resistance in changing the models of care very deeply rooted that are against the philosophy of patient- centered care.

At the end of this report, some suggestions are made in order to try to solve some of the problems witch were identified and to maintain the level of excellency which always characterized the institution where the stage took place.

INDICE

INTRODUÇÃO	14
-------------------	-----------

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE	17
CAPITULO 2 – MODELOS MÉDICOS – DOENTE	23
CAPITULO 3 – PAPEL DO ENFERMEIRO	25
CAPITULO 4 - COMUNICAÇÃO	28

II PARTE – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

INTRODUÇÃO	38
CAPITULO 5 – CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DA MAMA	45
CAPITULO 6 – ONCOHEMATOLOGIA	50
CAPITULO 7 – SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS	54
CAPITULO 8 – CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	60
CAPITULO 9 – CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DIGESTIVA	64
CAPITULO 10 - DISCUSSÃO	68

III PARTE

CONCLUSÕES	76
SUGESTÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

ANEXOS

ANEXO I

Objectivos gerais	88
-------------------	----

ANEXO II

Objectivos de clínica multidisciplinar da mama	89
--	----

ANEXO III

Objectivos de clínica de oncohematologia	90
--	----

ANEXO IV

Objectivos de Serviço de Cuidados Paliativos	91
--	----

ANEXO V

Objectivos de clínica multidisciplinar de cabeça e pescoço	92
--	----

ANEXO VI

Objectivos de clínica multidisciplinar de patologia digestiva	93
---	----

INTRODUÇÃO

Para elaborar este relatório, que se pretende, sobretudo, de reflexão sobre a enfermagem em oncologia, importa construir um fio condutor que ligue a enfermagem oncológica às diversas patologias observadas.

Como tal, achou-se pertinente concentrar a atenção no modo como está a ser aplicado no concreto o conceito dos cuidados centrados no doente.

Nos cuidados centrados no doente este e a sua família deverão ser considerados de uma forma abrangente, com os seus valores, tradições e cultura e, por isso, serem objecto dos cuidados integrados da parte de todos os profissionais do local no qual o doente está a ser acompanhado. Estes cuidados centrados no doente devem estar baseados na comunicação e envolver os doentes e familiares nas opções de tratamento e nos potenciais resultados, envolver o doente em todos os aspectos do seu tratamento e incentivar a procura da melhor solução na gestão do tratamento.

Os cuidados centrados no paciente exigem que seja fornecida a todo o pessoal a formação em relações interpessoais e na capacidade de exibirem por todos os doentes e pessoas que com ele se relacionam o maior respeito sem, contudo caírem na condescendência. (McKarens, 2007).

Esta ideia tem vindo a ser desenvolvida no IPO-Porto (instituto Português de Oncologia do Porto), instituição onde decorreu o estágio, e que tem investido recursos para a sua implementação generalizada, tal como se encontra descrito no seu regulamento interno (artigo 9):

"O doente oncológico é o centro em torno do qual se deve construir toda a actividade assistencial pelo que os meios humanos e técnicos devem ser organizados de forma a proporcionar cuidados personalizados, homogéneos e abrangentes.

O IPO Porto mantém a multidisciplinaridade como forma de abordagem da doença neoplásica capaz de oferecer um tratamento integrado e sequencial, de acordo com os mais elevados padrões científicos e humanos" (Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE, 2006, pagina 3)

Pretende-se assim analisar de modo crítico a forma como este conceito está ser aplicado pelos profissionais que operam dentro da esfera oncológica, no IPO – Porto em confronto com as práticas observadas. Embora, em alguns momentos, possa parecer demasiado severo o modo como se faz este confronto, a verdade é que se reconhece que existem dificuldades e obstáculos a que os profissionais são alheios, de diversas etiologias, cuja complexidade coloca dificuldades acrescidas e que são escolhos para se alcançar a perfeição e a completa excelência na prestação dos cuidados.

Sendo o cancro a segunda causa de morte em Portugal, segundo os dados de 2009 do instituto nacional de estatística, e o número de pessoas, de alguma forma afectada por esta doença, cada vez maior, julgou-se relevante analisar este tema pois o tipo de cuidados prestados foi evoluindo de forma significativa colocando novos problemas e desafios aos profissionais de saúde que tiveram que se adaptar muitas vezes sem apoio ou formação necessária obrigando-os a romper com práticas estabelecidas e já rotinadas.

A sobrevivência, as recidivas, as alterações da imagem, os tipos e duração de tratamentos, a forma como influencia as actividades de vida individuais e familiares, fazem do cancro uma doença que exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que adapte cada vez mais os cuidados às necessidades dos doentes. O tipo de cuidados em oncologia tem, necessariamente, que ser diferente de outras patologias pois a doença tem muitas outras implicações, em diferentes áreas tão diferentes como a genética, a psicologia, a economia, a vida social e cultural e a vida familiar.

Os requisitos para a prestação de cuidados em oncologia, documento elaborado pela coordenação nacional para as doenças oncológicas (CCDO) em 2009, pretende estabelecer a “matriz” de avaliação das instituições e serviços que prestam cuidados a doentes oncológicos. Este organismo define requisitos gerais no que diz respeito à reunião de orientação multidisciplinar, protocolos terapêuticos, continuidade de cuidados, diagnóstico anátomo-patológico, comissão coordenação oncológica (CCO), integralidade dos tratamentos, registos oncológicos e auto-avaliação anual de indicadores de qualidade. E define também alguns requisitos específicos quanto aos tratamentos que são efectuados em oncologia: cirurgia, radioterapia e oncologia médica.

O IPO do Porto, sendo considerado um centro oncológico, de acordo com o plano nacional de prevenção e controlo de doenças oncológica de 2009, segue as recomendações, directrizes e requisitos propostos pela CCDO.

Alguns destes requisitos relevantes para o tema, não serão abordados neste relatório pois não foram observados no curso do estágio (embora funcionem em nível 1 – centro oncológico) mas outros serão amplamente referenciados dada a sua importância vital e visível nos cuidados centrados no doente.

A experiência profissional deu o mote à verbalização do sentimento que se mantinha latente há já algum tempo sobre as necessidades que os doentes sentem na articulação dos cuidados dentro da sua equipa de saúde e na segurança na forma como os cuidados lhes são prestados nomeadamente na tomada de decisão e na relação com os profissionais de saúde e com a própria instituição onde estes mesmos cuidados são prestados. A experiência como enfermeira no serviço de medicina oncológica durante seis anos foi um factor essencial na tomada de consciência desses sentimentos dos doentes e familiares. Durante este tempo foi possível a percepção que alguns doentes e familiares se sentem perdidos na imensidão de corredores, consultas, tratamentos, exames, internamentos, especialidades, etc. sem referências a quem possam recorrer em caso de necessidade.

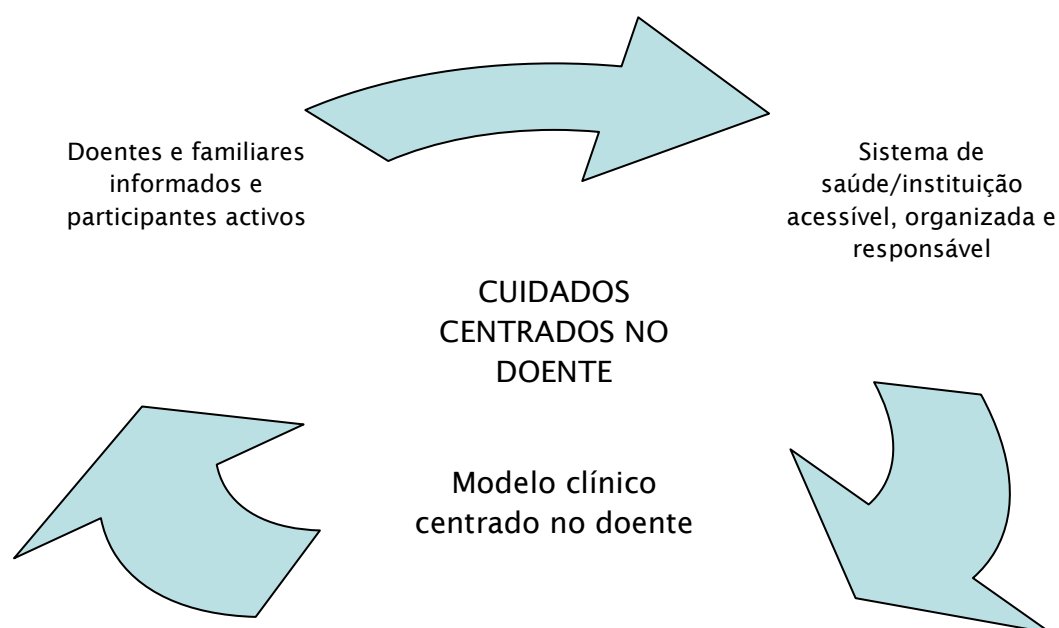
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE

Os cuidados centrados no doente de acordo com a publicação do Institute for Healthcare Improvement (IHI) consistem num tipo de cuidado que tem o doente como o verdadeiro centro da sua acção e que considera as suas tradições culturais, as suas preferências e valores pessoais, a situação familiar e seus estilos de vida como elementos a ter em conta em todas as fases do processo. Isso torna o doente e seus familiares, ou outros significantes, como parte integrante da equipa de assistência que juntamente com os profissionais de saúde colabora na tomada de decisões.

Os cuidados centrados no doente implicam a partilha da responsabilidade com os doentes em aspectos tão importantes como o auto-cuidado e o acompanhamento da terapêutica juntamente com as ferramentas e o suporte de que necessitam para realizar essa responsabilidade e asseguram que as transições entre os prestadores de cuidados, departamentos e instituições de saúde são respeitadas, coordenadas e eficientes, conforme se pode observar na figura 1.

FIGURA 1 – REQUISITOS PARA MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NO DOENTE



Avançar com os cuidados centrados no doente é claramente um desafio multifacetado e muitas organizações estão a trabalhar para identificar as melhores práticas e mudanças necessárias no sistema em três áreas:

- Envolvimento dos doentes e seus familiares no projecto de atendimento
- Fiabilidade na satisfação das necessidades e preferências do doente
- Informação e tomada de decisão partilhada

A Change Foundation, com sede em Ontário, tem desenvolvido algum trabalho na área dos cuidados centrados no doente e, de acordo com os seus estudos efectuados para um melhor entendimento da perspectiva da experiência dos doentes (Junho, 2008), aponta alguns elementos que os doentes identificam como importantes nos seus cuidados, nomeadamente:

- O cuidado compreensivo – o cuidado às necessidades na sua globalidade e não apenas em parte delas.
- Coordenação dos cuidados – alguém identificado como referência a quem recorrer e que o pode ajudar no sistema de saúde.
- Oportunidade – os cuidados devem ser prestados quando os doentes deles precisam e quando é necessário uma sequência de serviços, os intervalos deverão ser curtos.
- Informação em saúde – providenciar a informação e assegurar que a informação está disponível para consulta.
- Comunicação clara e fiável – ouvir, explicar, clarificar e assegurar que a equipa de prestação de cuidados está em sintonia.
- Conveniência – minimizar a necessidade de recorrer a diferentes locais para os serviços, acessos amplos, agendamentos, etc.
- Respeito – pelo tempo, pelas capacidades cognitivas de cada indivíduo, pela veracidade das suas histórias, pelo retorno sobre qualidade e efectividade, pelo ambiente do doente e seus familiares.
- Empatia e compreensão – pelas circunstâncias, medos, esperanças, estado psicológico,

- Tempo - para expressar as suas necessidades e ser efectivamente escutado.
- Justiça - quantidade e pontualidade do serviço compatível com a necessidade.

Segundo Lewis (2009), alcançar os cuidados centrados no doente requer um ajustamento cultural e exige algumas atitudes e comportamentos por parte dos profissionais/instituições de saúde que podem acelerar a eficácia dos cuidados centrados no doente, entre os quais:

- Vontade de participar em equipas não hierárquicas de modo a garantir que os doentes usufruem de cuidados bem integrados e adequados;
- Vontade de adoptar uma estrutura de incentivos que motiva a disponibilizar o tempo adequado a doentes com necessidades complexas;
- Confiança e encorajamento aos doentes que desejam ser activamente envolvidos na gestão da sua própria saúde;
- Compromisso com a organização do sistema de prestação de cuidados em tempo útil e adopção de ferramentas e técnicas que dão prioridade no acesso do paciente em vez da conveniência do prestador de cuidados fornecedor;
- Vontade de corrigir as falhas em qualquer um dos principais indicadores dos cuidados centrados no doente e suas dimensões e aplicar de imediato soluções;
- Acolher as tecnologias de informação em saúde e outras tecnologias que aceleram a comunicação, fluxo e eficiência.

O autor refere também que todos esses atributos levam à conclusão de que essas atitudes e comportamentos são essencialmente aspectos não técnicos do trabalho. Muitos dos problemas dos cuidados centrados no doente visam abordar uma resposta de natureza global e evitar a fragmentação - as partes do sistema não funcionam por si.

Ainda de acordo com o mesmo autor, alguma fragmentação decorre de uma prática com mais de um século quando os profissionais colocaram a autonomia clínica no centro de identidade profissional.

Enquanto o exercício de julgamento clínico é fundamental para a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, a autonomia clínica absoluta é, pelo seu lado, um anátema para um sistema integrado que deseja oferecer os melhores cuidados de saúde e centrados no doente. A saúde, enquanto tal, não pode nem deve ser considerada como um mercado desde logo porque não há forças "naturais" de mercado para conduzir os cuidados, a sua qualidade e eficiência.

Este domínio dos cuidados tem sido objecto de uma evolução constante, como se pode encontrar na diversa literatura. Em 1999 foi criado, no Centro de Medicina Integrada na Stanford University Medical Center e hospitais e clínicas de Stanford, o Programa de Cuidados de Suporte no Cancro (PCSC), apoiado por fundos privados, concessões e doações. (Ernest H. Rosenbaum, MD, Holly Gautier, RN, BSN, Patricia Fobair, LCSW, MPh, and David Spiegel MD, 2005)

O PCSC complementa terapias padrão contra o cancro - cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal e imunoterapia - integrando todos os aspectos não médicos da cura como: o fortalecimento do corpo, a educação da mente e a incrementação da esperança e da coragem com a ajuda de vários profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, etc.

Os autores do programa (Ernest H. et al., 2005) referem também que médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalharam com o modelo PCSC concordaram que este programa melhorou os cuidados do paciente e seu bem-estar. Os pacientes também apreciaram ter acesso a uma gama de serviços de apoio bem como a possibilidade que lhes foi dada de poderem escolher aqueles que melhor atendiam suas necessidades individuais.

O sucesso do programa piloto na Universidade de Stanford (1999-2002) demonstrou que é um modelo (naturalmente adaptado ou modificado) a ser utilizado por outros hospitais e / ou centros oncológicos.

Os resultados demonstrados pelos autores concluem que a sua utilização melhorou a qualidade de vida dos doentes nas seguintes áreas:

- Bem-estar físico
- Aumento do nível de energia (redução de fadiga)
- Maior controlo, esperança;
- Higiene do sono
- Maior controlo e redução da dor
- Redução do stress
- Níveis de recuperação

Ao prestar assistência ao doente através da utilização de programas complementares de cuidados de suporte, que podem ser adicionadas aos programas existentes nos hospitais ou outros centros oncológicos procura-se alcançar os seguintes objectivos:

- Melhorar a qualidade de vida dos doentes com cancro bem como das suas famílias;
- Reduzir a gravidade dos efeitos colaterais relacionados com o cancro e seus tratamentos;
- Oferecer programas de apoio durante o tempo de diagnóstico, pré, peri e pós tratamento, incluindo grupos de apoio, exercício e medicina alternativa / complementar, aulas de nutrição, redução da fadiga, gestão da dor, e actividades recreativas;
- Oferecer aos pacientes e familiares / amigos informação e educação sobre a doença através de palestras, aulas, literatura, vídeos etc.

Embora os doentes possam nem sempre ser capaz de avaliar com precisão a qualidade clínica do atendimento, ou se as boas práticas estão a ser cumpridas, a segurança dos doentes e a qualidade clínica são fundamentais para uma abordagem centrada no doente.

Os cuidados centrados no doente não substituem a prática de uma medicina excelente antes pelo contrário, complementa excelência clínica e contribui para parcerias e comunicação eficazes. (Frampton, S., Guastello S., Brady C., Hale M., Horowitz, S., Bennett Smith, S., Stone, S., Outubro, 2008))

O modelo de intervenção dos cuidados centrados no doente sendo, ainda, um modelo que se pode considerar recente implica alguma reflexão teórica a partir dos dados recolhidos através da prática. Não é um modelo assente apenas na prática clínica pois implica todo o ambiente hospitalar desde a gestão de recursos, a formação de pessoal, a relação com os utentes do hospital até às instalações e o relacionamento com outras instituições afins.

Ainda de acordo com os autores supracitados, importa realçar que este modelo implica a sensibilização e adesão de todos os profissionais de saúde que, desse modo, serão capazes de promover sinergias com outros intervenientes e, assim, conseguir que a implementação do modelo não seja burocrática nem oficiosa, mas reflita a consciência de que este é um modelo que para lá da cura (ou alívio) do doente que é sempre o objectivo dos cuidados médicos tem em consideração o ser humano e a sua relação com o mundo em que se insere seja ele familiar, social, político ou religioso.

CAPITULO 2 – MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Existem diversos modelos esquematizados em 1992 por Ezequiel e Linda Emanuel, baseados nos modelos propostos pelo Prof. Robert Veatch, em 1972. Ezequiel e Linda Emanuel propuseram os modelos paternalista, informativo, interpretativo e deliberativo de acordo como grau de envolvimento do doente ao longo de todo o processo, como pode ser observada no quadro 1

Quadro 1 – MODELOS DE RELAÇÃO MÉDICA

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores do doente	São objectivos e partilhados com o médico	Definidos e fixados pelo doente	Imperfeitos e conflituosos que requerem elucidação	Abertos ao desenvolvimento e revisão sob discussão moral
Obrigações do médico	Promover o bem-estar independentemente das preferências do doente	Fornecer informação e factos e executar a opção seleccionada pelo doente	Elucidar e interpretar os valores importantes para o doente e implementar a escolha do doente	Articular e persuadir os maiores valores do doente, informar o doente e implementar a opção seleccionada
Autonomia do doente	Assente em valores objectivos	Escolha e controlo sobre os actos médicos	Auto conhecimento sobre os cuidados médicos	Auto-desenvolvimento moral sobre os cuidados médicos
Papel do médico	Guardião	Técnico experiente e competente	Conselheiro	Amigo ou professor

Assim, segundo Emanuel (1992), no modelo paternalista o médico toma as decisões pelo doente, sem levar em linha de conta os valores, crenças e vontade do último. O médico usa as suas capacidades científicas para avaliar o doente e decidir o melhor tratamento. Assume-se como o guardião e incita o doente a permitir e aceitar a proposta por ele efectuada.

No modelo informativo o médico assume-se como um especialista no assunto a tratar e dota o doente das informações para que este decida qual a atitude a tomar. Neste modelo o médico mantém a sua autoridade, mas transfere para o doente a responsabilidade da decisão.

No modelo interpretativo o médico interpreta as crenças, valores do doente e propõe o tratamento que julga mais adequado para o doente e situação em concreto. Aqui o médico actua como um conselheiro que mantém a obrigação de informar, mas também a de aconselhar.

O modelo deliberativo é muito semelhante ao modelo interpretativo com a diferença de o médico actuar como um amigo ou professor, persuadindo o doente a aceitar a proposta efectuada com base nos seus valores e crenças, bem como na situação da sua saúde.

Pretende-se que nos cuidados centrados no doente os modelos adoptados pelos médicos e restante equipa de saúde se situem entre o modelo interpretativo e deliberativo.

CAPITULO 3 – PAPEL DO ENFERMEIRO

Visto que o presente relatório é sobre enfermagem oncológica achou-se pertinente a referência ao papel do enfermeiro como profissional na relação com o doente e como membro da equipa multidisciplinar. A ordem dos Enfermeiros definiu em 2003 um conjunto de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem tendo dois principais objectivos:

- i) Melhoria dos cuidados prestados à população:
- ii) Um instrumento de reflexão da prática do exercício profissional dos enfermeiros.

Estes padrões de qualidade têm na sua base a saúde de uma forma geral, a pessoa e, mais concretamente, o doente, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Daqui foram definidos seis enunciados descritivos que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem:

- A satisfação do doente
- A promoção da saúde,
- A prevenção de complicações,
- O bem-estar e o auto-cuidado dos clientes,
- A readaptação funcional,
- A organização dos serviços

Os enfermeiros têm um papel fundamental, pela proximidade que têm com o utente e família, pelo que devem assumir o papel de interlocutor no contexto da equipa. As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for o alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando visam a alteração de comportamentos, tendo como objectivos a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Quando analisamos o foco de atenção da disciplina de enfermagem podemos considerá-lo como estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida.

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida a partir do qual se viabiliza uma produção de um processo de cuidados profissional em parceria com o doente/família, sendo o processo baseado na inter-relação pessoal.

Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências de funcionamento das pessoas em situação de dependência na realização das actividades de vida. Mas também orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o autocontrolo, o auto-cuidado, o stress, coping, a dor, as perturbações da memória e da actividade psicomotora, a adesão ao regime terapêutico, os processos de interacção com a família, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Nesta perspectiva, os enfermeiros devem providenciar que a sua acção seja dirigida para:

- A satisfação das necessidades humanas fundamentais;
- A máxima independência na realização das actividades da vida;
- Os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa entende livremente como seus.

Através de uma abordagem sistémica e sistemática, num processo de tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do doente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e

resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, os enfermeiros devem incorporar os resultados da investigação na sua prática.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas dão forma à boa prática de enfermagem. Sendo que, para diferentes pessoas existem diferentes cuidados, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com as diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

CAPITULO 4 - COMUNICAÇÃO

Avançar com os cuidados centrados no doente é claramente um desafio multifacetado e muitas organizações estão a trabalhar para identificar as melhores práticas e as mudanças necessárias no sistema em três áreas (Epstein RM, Street RL Jr., 2007):

- Envolvimento dos doentes e seus familiares no projecto de atendimento
- Fiabilidade na satisfação das necessidades e preferências do doente
- Informação e tomada de decisão compartilhada

Neste contexto, é possível perceber que a comunicação entre equipa multidisciplinar e doente e/ou família é um elemento fundamental e que deve estar sempre ao longo de todo o processo. Contudo, em oncologia, esta comunicação ganha outra dimensão, visto que a doença afecta a pessoa e família em todas as dimensões bio-psico-social -muitas das vezes por períodos de tempo bastante prolongados e com fenómenos mais ou menos frequentes como alterações da imagem corporal e incerteza quanto ao futuro,

A comunicação durante a prestação de cuidados ao doente oncológico é caracterizada por um esforço efectivo por parte da equipa de saúde em elucidar os doentes de modo a atenuar os naturais receios e preocupações e encorajar uma participação mais activa. Segundo Epstein et al (2007) a comunicação centrada no doente tem como consequência não só uma maior e melhor adesão aos tratamentos e qualidade de vida nas populações com e sem cancro mas também uma maior satisfação com a equipa de saúde responsável pelo acompanhamento.

Tendo como objectivo principal de ajudar o doente, a comunicação tem particular relevância:

- Na recepção de más notícias
- Na redução do impacto emocional ao conhecer que tem uma doença potencialmente letal
- Na percepção e aquisição de informação complexa
- Na aprendizagem do modo como comunicar com diferentes profissionais de saúde
- No modo como lidar com a incerteza enquanto mantém a esperança
- Na construção da confiança que irá sustentar as longas relações com a equipa de saúde
- No tomar decisões conscientes e informadas sobre as possibilidades de tratamento, incluindo a participação em ensaios clínicos
- Na adopção de hábitos de vida saudáveis.

A comunicação centrada no doente, idealmente levará a uma melhoria do bem-estar geral do doente, à redução do seu sofrimento e à promoção da saúde de uma forma global. Epstein RM (2007) define alguns resultados esperados, no que diz respeito:

1. À comunicação

- a. Relação forte entre doente/família e médico que poderá traduzir-se em maior confiança, respeito, respeito, envolvimento.
- b. Troca de informação efectiva o que levará mais facilmente à recordação da informação e ao sentir reconhecimento e compreensão.
- c. Validação de emoções

- d. Reconhecimento, compreensão e tolerância acerca da incerteza
- e. Participação do doente na tomada de decisão
- f. Coordenação de cuidados

2. Aos intervenientes

- a. Fortes alianças terapêuticas
- b. Conhecimento e compreensão do doente
- c. Auto-gestão de emoções
- d. Decisões médicas de elevada qualidade (tomadas com evidência clínica, de acordo com os valores do doente e aprovadas mutuamente)
- e. Apoio familiar
- f. Adesão a hábitos de saúde e auto-cuidado
- g. Acesso aos cuidados e o uso efectivo do sistema de saúde.

3. Aos resultados de saúde

- a. Sobrevivência e tempo livre de doença
 - i. Prevenção e detecção precoce de cancro
 - ii. Diagnósticos precisos
 - iii. Manutenção da remissão
- b. Qualidade de vida relacionada com a saúde
 - i. Funcionamento dos papéis cognitivo, físico, mental e social
 - ii. Bem-estar físico e emocional

iii. Percepções de saúde

4. Às consequências sociais

- a. Custo efectivo da utilização dos serviços de saúde
- b. Redução das disparidades na saúde e nos cuidados de saúde
- c. Prática ética

Na perspectiva dos cuidados centrados no doente, segundo os mesmos autores a comunicação entre equipa de saúde e doente deve contribuir positivamente para, pelo menos, um de três conjuntos de resultados supra citados.

De acordo com a fase da doença em que o doente se encontra os comportamentos de comunicação da equipa de saúde também se deverão adaptar de modo a melhorar a sobrevivência e aumentar a qualidade de vida durante cada fase da doença oncológica.

Conforme se pode observar no quadro nº 2, nas duas primeiras fases os doentes estão em contacto principalmente com os cuidados de saúde primários, visto que a doença oncológica também uma responsabilidade não só dos centros oncológicos mas de toda a comunidade. Nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência o doente contacta com vários profissionais de uma forma mais assídua, consistente e duradoura, o que muitas vezes se traduz numa relação mais forte e de mais proximidade.

Quadro nº 2 – Intervenções de comunicação dos profissionais de saúde

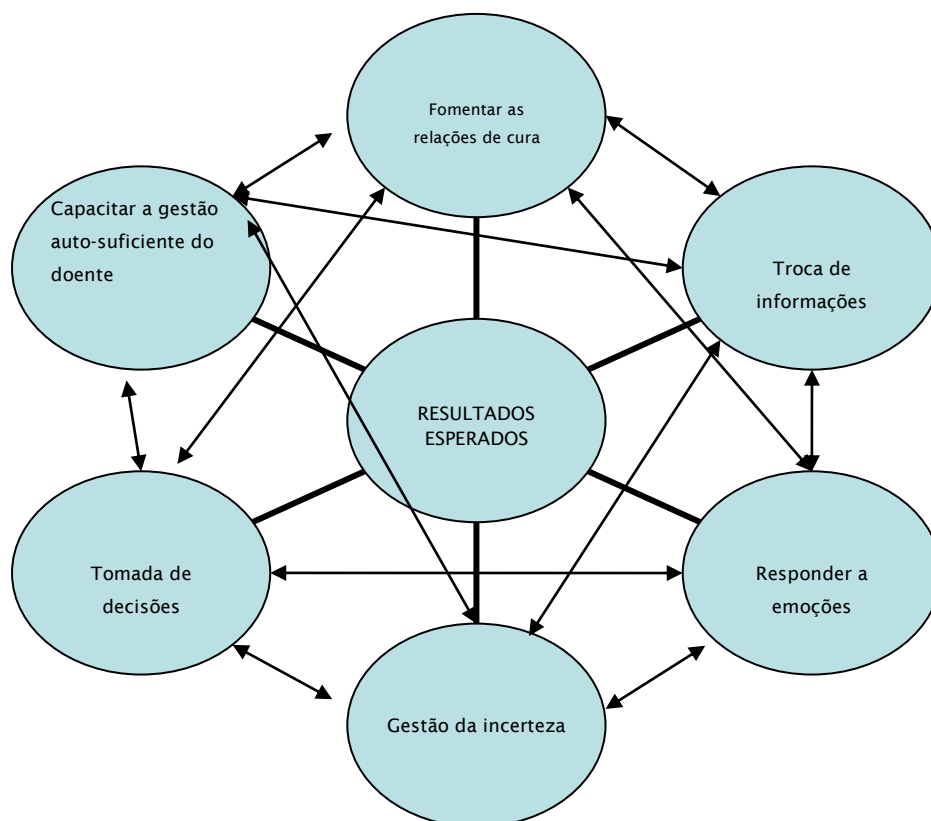
Prevenção	Incentivar a comportamentos saudáveis e promover intervenções de prevenção
Triagem	Promover triagens oncológicas eficientes e follow-up
Diagnóstico	Providenciar informação e suporte emocional Discutir áreas de incerteza e prognósticos Encorajar a participação do doente nos cuidados
Tratamento	Prestar apoio emocional, fornecer informação relacionada com os tratamentos propostos, fomentar a adesão aos regimes terapêuticos, melhorar o apoio social
Sobrevivência	Ajudar a lidar com a incerteza; vigiar sinais de recidivas, ajudar os doentes a aderir a recomendações de vigilância, prevenção e tratamento
Fim de vida (cuidados paliativos)	Ajudar os doentes a tomar decisões de acordo com os seus valores, promover cuidados paliativos óptimos para melhorar a qualidade de vida

De acordo com Epstein e tal (2007), a comunicação nos cuidados centrados no doente baseia-se em seis pontos fundamentais:

- Fomentar as relações de cura
- Proporcionar a troca de informações
- Responder a emoções
- Fazer a gestão da incerteza
- Ajudar na tomada de decisões
- Capacitar a gestão auto-suficiente do doente

Estas funções de comunicação não têm entre si hierarquia nem independência, como é possível identificar na figura nº 2. São antes funções que em conjunto podem produzir uma comunicação capaz de potenciar e afectar resultados de saúde importantes.

Figura nº2 – Relação entre funções de comunicação



Destas funções achou-se pertinente efectuar uma chamada de atenção em particular à troca de informações, à tomada de decisões e à resposta a emoções por serem os elementos em que os interlocutores ocupam grande parte do seu tempo.

2.4.1 Troca de informações

Os doentes oncológicos procuram informação acerca da causa, diagnóstico, tratamentos, prognósticos e aspectos psicossociais da sua doença. Mas estas necessidades variam consoante os pacientes e muda ao longo do tempo. A informação fornecida ao doente deve estar de acordo com o tipo e o estágio da doença, e deve ter em consideração os factores individuais como a idade, o sexo e identificação cultural.

Em geral, os benefícios em fornecer aos doentes informação incluem o aumento da satisfação, a diminuição da ansiedade e o aumento da capacidade de coping (Arraras JI, wrigth S, Greimel E, et al, 2010). Os doentes com cancro procuram informação não apenas para conhecerem a sua doença, mas também para encontrar alguma esperança.

Na altura do diagnóstico, segundo os autores citados, os doentes procuram esclarecimento, mas necessitam de tempo para entender e absorver os detalhes e as implicações. Na fase entre o diagnóstico e tratamento procuram informação detalhada sobre prognósticos, opções de tratamento, efeitos secundários e mudanças nas actividades de vida diária. Depois do tratamento a quantidade de informação procurada é menor e prende-se com factores psicossociais, de reabilitação, recuperação e recorrência.

O objectivo da troca de informações é o doente entender e ser entendido. Muitas vezes a equipa de saúde não entende as necessidades de informação dos doentes e consequentemente não fornece a informação necessária ou aquela que o doente acha útil. Na partilha de informação os profissionais utilizam, muitas vezes, termos médicos que os doentes não entendem pelo que não ficam esclarecidos.

No caso específico da comunicação de más notícias têm sido objecto de estudo de alguma investigação na área oncológica. Frequentemente, embora não esteja em causa a capacidade de os clínicos saberem como comunicar más notícias, o modo como o fazem causa no doente desconforto, medo ou ansiedade em demasia. Daí não ser de estranhar que os doentes refiram que as notícias são

transmitidas de forma “fria”, distante, impessoal, evasiva, indirecta, etc. A comunicação de más notícias está frequentemente ligada à discussão do prognóstico e o modo como esta informação é dada permite ao doente efectuar boas escolhas quanto aos tratamentos, planear a sua vida e receber os melhores cuidados paliativos óptimos. A comunicação do prognóstico depende da habilidade do médico estimar o tempo esperado de vida, o desejo ou não do doente saber o prognóstico e a vontade do médico de querer ou não divulgar toda a verdade do diagnóstico.

2.4.2 Tomada de decisões

Segundo Epstein e tal (2007), no tratamento do cancro existem três fases decisivas para a tomada de decisão por parte dos doentes.

A primeira diz respeito ao rastreio e à vontade ou não de o efectuar; a segunda diz respeito às opções de tratamento propostas, por exemplo quimioterapia; e, por último, quanto à decisão de fim de vida.

Na fase de tratamento, as decisões mais difíceis são as que envolvem o balanço entre quantidade e qualidade de vida e aquelas que dizem respeito aos resultados com pequenos mas significantes valores estatísticos. Estudos indicam que alguns doentes preferem ter um papel activo e de colaboração na tomada de decisão enquanto outros preferem que seja o médico a fazer a escolha final. Na doença oncológica um dos factores chave que afecta a tomada da decisão é a gravidade da doença. Quanto mais grave o estado do doente mais este prefere delegar nos médicos as decisões. Outro factor prende-se com a idade e nível de educação. Os doentes mais idosos e com menos literacia preferem o modelo paternalista, enquanto os mais novos e com nível de instrução mais elevado preferem ter um papel mais activo na tomada de decisão.

Nos cuidados ao doente oncológico os recursos para apoiar os doentes na tomada de decisão (folhetos informativos, documentação sobre os tratamentos, testemunhos de outras pessoas) devem levar em conta não só os valores dos doentes, mas também a capacidade que estes têm de absorver a quantidade de informação que é fornecida bem como a complexidade da mesma. Estes auxiliares de decisão podem ajudar na comunicação entre médico e doente, no

que diz respeito às preferências de tratamento, o que por sua vez melhora a satisfação do doente.

Ainda segundo o mesmo autor, no que diz respeito ao fim de vida, considera-se de extrema importância o envolvimento do doente na tomada de decisões que a ele se referem. Contudo existem vários estudos sugerem que as discussões sobre as decisões que dizem respeito ao fim de vida são muitas vezes inadequadas e que, por vezes, os médicos subvalorizam a vontade dos doentes em participarem nestas decisões. As decisões que dizem respeito ao fim de vida podem dividir-se em três áreas fundamentais: a descontinuidade de terapias curativas, as directrizes para os cuidados no fim de vida (cuidados em casa/ hospital, etc.), directrizes avançadas (níveis de incapacidade, reanimação, etc.). Em todas estas áreas deve ser envolvido o doente e família – não só porque esta é parte integrante e fundamental do doente, mas também para que possa defender, compreender ou aceitar as atitudes tomadas pelo doente no fim de vida.

2.4.3 Resposta às emoções

Uma das principais características no tratamento do cancro é a comunicação afectiva entre médico e doente. Esta doença ganha particular dimensão para os doentes pois apresenta-se com um diagnóstico que é ameaçador de vida, com tratamentos de alguma incerteza na sua eficácia, com potenciais efeitos debilitantes e com um futuro incerto.

De acordo com a bibliografia consultada, a gestão das emoções nos cuidados aos doentes com cancro baseia-se em três grandes áreas:

- Os benefícios psicológicos da expressão das emoções durante a consulta.
Os doentes que partilham emoções na consulta médica apresentam, em geral, maiores benefícios do que aqueles que as escondem. O uso do humor foi considerado como um factor que diminui a ansiedade e o stress e aumenta os níveis de conforto. As narrativas sobre as suas experiências durante a doença ajudam a diminuir o stress emocional. No entanto há que ser prudente neste capítulo pois se o humor pode trazer benefícios para a maioria dos doentes, outros doentes podem considerar o humor como

desrespeitoso ou até falta de reconhecimento do médico pelo seu estado de saúde. Como em tudo há que conhecer bem o doente e as suas idiossincrasias para saber como agir no concreto.

- Resposta da equipa de saúde ao estado emocional do doente.

A maioria dos doentes gosta que a sua equipa de saúde se interesse pelo seu bem-estar emocional. Como o cancro é uma doença com grande impacto emocional em todos os membros da família nuclear, a equipa de saúde deve incentivar que os familiares façam a libertação do stress emocional e de experiências. Muitas vezes as equipas não estão preparadas para dar este apoio aos doentes/ familiares por falta de tempo, de condições físicas do local e capacidade de auto gestão de emoções. A expressão de emoções fica facilitada se o médico usar técnicas como as questões abertas, focar ou clarificar aspectos psicológicos, e usar declarações empáticas.

- Bem-estar do doente como resultado da comunicação entre médico e doente.

Os estilos de comunicação do médico do doente podem influenciar o bem-estar emocional em particular se o doente se apercebe que os cuidados que lhe são prestados estão efectivamente centrados nele em oposição ao modelo paternalista. Uma comunicação que reduz ansiedade é aquela que prepara o doente para o diagnóstico, que fornece ao doente a informação necessária para que possa tomar decisões, que discute opções de tratamento e sentimentos e que transmite uma sensação de conforto ao doente.

II PARTE – ENQUADRAMENTO PRÁTICO

INTRODUÇÃO

Este estágio em enfermagem oncológica iniciou-se em Novembro de 2009, com paragem entre Março a Outubro de 2010, tempo de licença de maternidade e reinício em Dezembro de 2010 até Abril de 2011.

No Instituto Português de Oncologia, instituição onde decorreu este estágio, os doentes fazem um percurso que se inicia mesmo antes da primeira consulta. Por isso é pertinente enquadrar todo esse percurso de modo a que a compreensão deste relatório seja mais abrangente.

O conceito de clínicas multidisciplinares tem vindo a ser introduzido no IPO, desde há alguns anos. A organização dos cuidados com base em Clínicas Multidisciplinares de Patologia pretende criar um ambiente que favoreça o estabelecimento de ligações individuais e estáveis para os doentes, reunindo os recursos necessários e adequados para proporcionar cuidados especializados, homogéneos e personalizados, dando, deste modo, um especial relevo à necessidade do doente oncológico ser reconhecido como o centro em torno do qual se deve organizar a actividade dos profissionais,

O regulamento interno do IPO porto no seu artigo nº 38, no que diz respeito às clínicas de patologia refere:

1. *“O tratamento ao doente oncológico em ambulatório (consulta externa) está organizado em clínicas de patologia dispondo de enfermagem, pessoal administrativo e auxiliares próprios, assim como espaço físico individualizado e devidamente identificado;*

2. *São objectivos das clínicas de patologia:*

- a. Assegurar a vertente multidisciplinar, elaborar normas de actuação para cada patologia no que concerne ao diagnóstico, tratamento e seguimento;*
- b. Assegurar a administração atempada dos cuidados e executar a auditoria clínica permanente;*
- c. Incentivar a diferenciação profissional para obtenção das melhores prestações” (Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE, 2006)*

Em todo o processo, a comunicação da equipa de saúde é efectuada, naturalmente, tendo em vista o interesse do doente mas também em consonância com este proporcionando, assim, a sua participação activa. O doente é visto não só como um objecto de intervenção médica mas como um sujeito activo que participa em todas as fases da evolução da doença.

Todas as clínicas onde decorreu o estágio estão dotadas de um regulamento interno próprio que visa homogeneizar procedimentos técnico-científicos.

O estágio de enfermagem oncológica esteve dividido da seguinte forma:

- a. Clínica de patologia de mama (70 horas na consulta externa)
- b. Clínica de OncoHematologia (35 horas na consulta externa e 35 horas no internamento)
- c. Serviço de Cuidados Paliativos (42h no internamento, 14 horas na equipa intra hospitalar e 21 horas na consulta externa)
- d. Clínica de patologia Cabeça e Pescoço (70 horas, divididas entre a consulta externa de cabeça e pescoço e de otorrinolaringologia)
- e. Clínica de patologia digestiva (70 horas na consulta externa)

A observação foi feita em diversos momentos da actuação

- Consultas oncologia médica
- Consultas de oncologia cirúrgica
- Consultas de enfermagem

- Consultas de grupo
- Planeamento cirúrgico
- Tratamentos
- Outros

Pelo que se seguirá o método, sobre cada um desses momentos e para cada uma das clínicas, se fazer uma breve explicitação.

Antes da 1ª consulta, o pedido de admissão, feito pelo médico assistente do doente, é observado pelo médico responsável pela admissão do doente na instituição. Se cumprir critérios de admissão, o doente é, então, enviado a uma primeira consulta. Seguem-se a primeiras consultas médica e de enfermagem, a consulta de grupo multidisciplinar, os exames necessários (TAC, ressonâncias magnéticas, ecografias, etc.) e tratamentos a efectuar (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, ou outros), consultas de reavaliação, e por fim de follow-up. Durante este período existe muitas outras consultas que são efectuadas de acordo com as necessidades dos doentes, como por exemplo: psicologia, nutrição, genética, imuno-hemoterapia, etc.

PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA

A primeira consulta médica constitui um marco importante no percurso do doente. Nela o doente vai encontrar-se pela primeira vez com a sua equipa de referência (médico e enfermeiro). Os objectivos das consultas médicas, para além do exame físico, centram-se na apresentação, discussão e esclarecimento dos tratamentos propostos pela consulta de grupo, tentando respeitar os ritmos, valores e vontades dos doentes. É também na consulta médica que é elaborado em conjunto com os doentes um plano terapêutico, de modo a que os doentes saibam quais os passos a seguir no seu processo, respeitando as directrizes da clínica.

Muitas vezes, é nesta primeira consulta que nasce a empatia, a referência e o depósito de confiança na equipa com quem o doente vai ter de lidar, bem como são expressos os medos, as frustrações e as angústias de quem sabe que não depende dele o êxito ou o fracasso da cura.

Nas primeiras consultas os doentes mostram-se bastante inseguros quanto ao seu futuro e, sobretudo, quanto à evolução da doença, muito estigmatizada do ponto de vista da possibilidade de cura, quanto ao tipo de tratamentos e os efeitos que podem produzir na alteração da imagem corporal (amputações, alopecia, etc.) quanto ao seu futuro profissional e sustentabilidade da família, quanto ao funcionamento da instituição e dos apoios que podem vir a necessitar e a obter

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Esta consulta tem lugar logo após a consulta do doente com o médico. A partir desta consulta o doente/família identificam o membro da equipa de enfermagem como o enfermeiro de referência. Os objectivos desta consulta são:

- Acolhimento na instituição e na clínica (entrega do guia do utente)
- Recolha de dados biográficos, socioeconómicos, familiares e outros
- Identificação do cuidador principal;
- Avaliação das necessidades
 - Sociais;
 - Nutricionais
 - Psicológicas/emocionais

E encaminhamento para as respectivas especialidades.

- Explicação de procedimentos pedidos pelo médico e de etapas a seguir.

Com estas primeiras consultas pretende-se não só avaliar a situação clínica do doente e decidir os procedimentos necessários a seguir, mas também reduzir os níveis de ansiedade do doente e familiares ao mesmo tempo conseguir a adesão do doente de modo a que este se veja como participante activo do processo de cura e, como tal, colabore com a equipa de saúde.

CONSULTA DE GRUPO MULTIDISCIPLINAR

Após as primeiras consultas, médica e de enfermagem, o doente enfrenta uma nova consulta: a consulta do grupo disciplinar. Embora o esforço realizado no sentido de reduzir os níveis de ansiedade do doente possa ter sido coroado de êxito, a verdade é que esta consulta provoca, de um modo geral, um elevado grau de stress, uma vez que é percebida como decisiva para o seu futuro mais imediato.

A consulta de grupo é constituída por vários profissionais com áreas de intervenção distintas:

- Médico oncologista
- Cirurgião
- Radioterapeuta
- Enfermeiro
- Outros profissionais relevantes

Ainda sem a presença do doente é apresentado e discutido entre todos o caso clínico a analisar e decidido, em conjunto, a melhor opção terapêutica a apresentar ao doente seja o tratamento primário, adjuvante ou paliativo. Para a decisão terapêutica devem estar presentes exames imagiológicos, laboratoriais, relatório anátomo-patológico e os dados da história clínica.

Já com a presença do doente são-lhe explicados os resultados dos exames efectuados e feita a apresentação da opção terapêutica escolhida ou a necessidade de mais exames complementares. Sempre que solicitado pelo doente devem ser apresentadas outras alternativas bem como a evolução esperada por cada uma delas.

São, então, marcadas novas consultas médicas e de enfermagem onde serão explicados, com mais pormenor, os passos seguintes decididos nesta consulta, tais como:

- i) Planeamento cirúrgico (se for o caso)

- Explicação detalhada da cirurgia
 - Pedido de outras consultas ou exames, se for necessário (por exemplo: medicina interna, cardiologia, angiocardiografias, etc.)
 - Consentimento informado
- ii) Consulta com oncologista médico
- Medicação de suporte
 - Explicação de toxicidades, efeitos secundários indesejáveis e efectuados ensinamentos sobre os cuidados.
 - Consentimento informado

A consulta de grupo pode ser repetida em qualquer altura do percurso do doente desde que o médico assistente o solicite.

CONSULTAS DE SEGUIMENTO

São consultas intermédias que têm como objectivo avaliar os tratamentos a que os doentes foram ou estão a ser submetidos, tais como: suturas cirúrgicas, avaliação de toxicidades provocadas pelos tratamentos, e avaliação do estado geral do doente, de discussão com o doente da actual situação e do plano terapêutico e, onde são tomadas diversas acções, tais como a redução de doses, alterações de esquema terapêutico, suspensão de tratamento, etc., bem como a avaliação da resposta da doença ao tratamento.

As preocupações dos doentes começam a ficar mais focalizadas na doença propriamente dita e na terapêutica proposta, isto é incidem mais nos efeitos secundários e eficácia dos tratamentos, no plano terapêutico a seguir e na forma como estão a lidar com a situação. É nas consultas subsequentes que o doente começa a lidar melhor com a doença e é capaz de verbalizar junto da equipa de saúde que o acompanha o seu relacionamento familiar e social após o diagnóstico da doença

CONSULTAS DE FOLLOW-UP

São consultas onde os doentes são avaliados pós tratamento e onde é efectuada a vigilância da doença de acordo com os protocolos terapêuticos instituídos por cada clínica e onde após um período definido por cada clínica é dada alta ao doente.

CAPITULO 5 – CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DE MAMA (70h)

No sexo feminino, mais de um quarto dos tumores diagnosticados correspondeu ao cancro da mama (26.8%), taxa de incidência de 89.5/100000. Na região Norte houve cerca de 1500 novos doentes por ano sendo que destes, 1240 são do tipo histológico carcinoma ductal invasor, com uma razão de mortalidade/incidência de 20% (RORENO 2006, 2010).

A clínica de mama foi criada com base no artigo 38 do regulamento interno do IPO – Porto em 2006. A estrutura física da clínica é recente e foi concebida de modo a que os doentes possam fluir de forma objectiva e prática. De referir que todos os espaços fomentam a privacidade e individualidade do doente. Os profissionais que prestam assistência aos doentes estão particularmente sensibilizados para que os doentes se sintam protegidos e seguros dentro da clínica de modo que respeitam a privacidade em todas as consultas não só dos doentes como de todos os profissionais que nela trabalham.

O regulamento da clínica inclui um capítulo intitulado “A actividade centrada no doente” onde se pode ler:

“Em todo o momento, deve existir um membro da equipa responsável pelo doente: o cirurgião nos estádios iniciais da doença; o oncologista durante o tratamento adjuvante; e o médico de cuidados paliativos nos estádios finais da doença. O diagnóstico das doentes com suspeita de cancro da mama, deve estar baseado na abordagem tripla – exame clínico, avaliação imagiológica e biopsia” e ainda “O diagnóstico e opções terapêuticas devem ser comunicadas pessoalmente pelo cirurgião, no prazo máximo de 5 dias úteis após a primeira consulta, e com o tempo adequado para discussão com a doente.” (p.9)

Pela leitura deste parágrafo pode-se verificar a preocupação da clínica em que todos os cuidados sejam, o mais possível, centrados no doente de modo a que este se sinta sempre apoiado e, ao mesmo tempo, confiante no seu percurso. Os doentes desta clínica têm um tempo médio de espera desde que são aceites na instituição e o primeiro acto terapêutico de 62 dias.

Nesta clínica seguem-se os procedimentos descritos anteriormente no enquadramento prático e os objectivos específicos descritos no regulamento interno da clínica de mama.

- *Consultas médicas (cirurgia e oncologia médica)*

Durante o tempo em que decorreu o estágio foi possível observar entre 15 a 20 consultas médicas - oncologia médica e cirúrgica.

As consultas de cirurgia são geralmente as primeiras para onde os doentes são encaminhados quando a doença é localizada; já para o caso da doença avançada os doentes são encaminhados para as consultas de oncologia médica.

Os doentes do sexo feminino, em particular as mulheres entre os 40 e 70 anos, que representam a maioria (RORENO 2006, 2010) dos doentes desta clínica, demonstram durante a consulta médica, bastante preocupação com a família e como a doença a irá afectar no seu funcionamento normal.

A equipa médica esforça-se para incutir nos doentes a ideia de os problemas se devem resolver paulatinamente, um de cada vez, procurando ganhar com isso a confiança do doente no tratamento proposto e na ultrapassagem de fases sucessivas, mas a verdade é que os doentes, particularmente na primeira fase não conseguem desligar da multiplicidade de dúvidas e preocupações que os assaltam e que, na maior parte das vezes não conseguem sequer verbalizar

- *Consultas de enfermagem;*

Esta consulta tem lugar após a consulta médica. Foi possível à mestranda estar presente e contactar de forma activa com os doentes em cerca de 40 consultas de enfermagem.

São objectivos da consulta de enfermagem, a avaliação geral do doente e das suas necessidades, o apoio e encaminhamento do doente para os diversos serviços, o fornecimento da informação, mais detalhada possível,

sobre os tratamentos propostos pela consulta médica, as estratégias mais eficazes para ultrapassar as diferentes dificuldades inerentes ao próprio tratamento.

Nas consultas subsequentes, os enfermeiros da clínica, focalizam mais a sua atenção os tratamentos, em particular quando estes incluem quimioterapia e radioterapia com a entrega de um guia de orientação “mantenha-se bonita” que fornece informação mais detalhada sobre as melhores estratégias para lidar com as alterações da imagem corporal decorrentes dos tratamentos e fornecem outros suportes de informação sobre o modo como se deve lidar com as alterações alimentares e os cuidados a ter higiene corporal, bem como as formas de lidar com o aparecimento dos efeitos secundários visíveis dos tratamentos como a alopecia (o uso de lenços ou turbantes, próteses capilares, etc.) e a emese (estratégias para diminuir os seus efeitos), entre outros.

Nesta consulta observou-se também que os doentes colocam questões muitas questões que omitiram na consulta médica, muitas vezes por medo da resposta ou por possuírem uma visão paternalista da relação com o seu médico assistente e, quando questionados por que razão não o fizeram junto do médico que os acompanha, a resposta mais frequente que se ouve é de que “*não quis incomodar o Sr. Dr. com estas perguntas*”. Cabe, então, aos enfermeiros tentar desmistificar muitos destes conceitos errados e aproximar o doente do médico.

- *Consultas de grupo multidisciplinar;*

A estrutura física da clínica de mama, pelas dimensões e organização espacial, permite uma gestão eficaz desta consulta multidisciplinar. Existe uma sala específica onde são discutidos os casos clínicos sem presença do doente e onde são observados os respectivos exames e, contigualmente, existe uma sala mais pequena onde o doente pode aguardar a decisão e, se tal for necessário, com condições que permitem que seja observado. Durante o período de estágio a mestranda pode estar presente estar um dia em cada local onde decorre esta consulta – uma manhã na sala de

discussão entre a equipa multidisciplinar e outra manhã junto ao doente – permitindo assim observar as diferentes perspectivas desta consulta.

Após a decisão do melhor plano terapêutico para o doente, esta é comunicada e explicada, pelo médico, ao doente na presença de familiar/pessoa significativa e do enfermeiro.

A presença do enfermeiro tem como objectivo ajudar o doente no processamento da informação fornecida. Nesta altura, é explicado ao doente que terá uma outra consulta médica onde serão explicados melhor os procedimentos propostos, reiterando que tem tempo para pensar e colocar as dúvidas existentes.

Foi possível observar que alguns doentes não conseguem absorver a informação que lhes é transmitida tanto pelos médicos como pelos enfermeiros, agindo por impulsos ou por mecanismo de defesa como o distanciamento da situação em causa, como se existisse uma dissociação do doente e da pessoa em discussão. Resulta desta observação que o tempo dispendido pelos profissionais com os doentes é curto pelo que seria conveniente que o volume de doentes a ser observado pela equipa multidisciplinar não fosse tão grande – durante o mês de Março de 2010 (mês em que decorreu o estágio), o grupo multidisciplinar mama teve em média 20 doentes por consulta. Entre as necessidades de resposta exigida pelo volume de doentes a necessitarem de cuidados e os cuidados a dispensar aos doentes que são vistos na consulta privilegia-se a necessária quantidade.

- *Tratamentos;*

Na sala de tratamentos da clínica de mama desenvolvem-se diferentes actividades como biópsias mamárias, biópsias eco-guiadas, tratamentos a feridas cirúrgicas de mama, drenagens de seromas mamários, etc. Nesta valência da clínica predomina a avaliação dos doentes e execução de técnica pelos profissionais de saúde.

Em caso de dúvidas ou alterações significativas nas feridas de mama, o médico assistente do doente (ou substituto) é chamado para a observação e tomada de atitudes.

- *Outras actividades desenvolvidas pela clínica*

Aqui desenvolvem-se algumas outras actividades como sendo a avaliação do stress emocional do doente pelo enfermeiro (termómetro de ansiedade), que, mediante o resultado, pode resultar no encaminhamento para o psicólogo existente na clínica;

A reunião do grupo de apoio quinzenal em que participam várias doentes, um psicólogo e um enfermeiro e que tem como objectivo o esclarecimento de dúvidas, relativas aos tratamentos e seus efeitos indesejados, na tentativa de diminuição de ansiedade pela partilha de experiências e sentimentos;

O gabinete de apoio promovido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro onde voluntárias (alguma destas também com história de doença oncológica de mama) mostram formas estéticas alternativas para fazer face ao efeitos provocados pelos tratamentos, nomeadamente o uso de lenços e turbantes, maquilhagem, adaptação a próteses mamárias onde as doentes se podem dirigir para obter aconselhamento.

CAPITULO 6 – ONCOHEMATOLOGIA (70H)

35h na consulta externa

35h no internamento

Nesta clínica são atendidos os doentes portadores de leucemias, linfomas, síndromes mielodisplásicas e mielomas. O total de doentes portadores de doença na região norte é de 158 e representa uma taxa de incidência de cerca de 5,5/100000 do total de doentes com cancro (Roreno 2006, 2010). Segundo os dados de 2010, os doentes desta clínica têm um tempo médio de espera desde que são aceites na instituição e o primeiro acto terapêutico de 52 dias.

Durante o período em que decorreu este estágio foi possível constatar que a equipa desta clínica envolve os profissionais de ambulatório e do internamento (enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social) o que permite, desde o início, um funcionamento em equipa de que resulta uma eficiente articulação e comunicação entre as partes.

CONSULTA EXTERNA

A consulta externa de oncohematologia funciona em instalações antigas e, ao contrário da clínica de mama, consiste num espaço reduzido apenas com um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos e três gabinetes de consulta médica. A maioria dos médicos que exercem nesta consulta são especialistas em hematologia (apenas um em oncologia médica) sem a presença contínua da especialidade de cirurgia ou radioterapia, pelo que não faz sentido dividir as consultas entre oncologia médica e cirurgia. Durante o tempo de estágio nesta clínica foi possível assistir a 5 consultas médicas. A identificação do médico com o doente é muito clara, pois o médico que assiste ao doente é sempre o mesmo, salvo raras excepções, pelo que a ligação que é estabelecida entre as partes é muito estreita. A título de exemplo refira-se que os doentes que se encontram a efectuar tratamentos de quimioterapia têm sempre consulta com o médico

assistente antes do início de cada ciclo ou, em alguns casos, nos vários dias do ciclo – situação observada no desempenho profissional da mestranda.

Nesta clínica são também atendidos, em horário diurno (das 9h às 16h) os doentes de oncohematologia que recorrem ao IPO em situação não programada, por diversos motivos relacionados com efeitos indesejáveis dos tratamentos ou qualquer outra situação que necessite de intervenção urgente que é bastante recorrente nos doentes com doença oncohematológica. Fora deste horário são atendidos pelo serviço de atendimento não programado (SANP) do IPO.

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta clínica prende-se muito com o auxílio nos procedimentos aí efectuados, no ensino sobre os procedimentos/tratamentos e funcionam, essencialmente, como interlocutores entre toda a equipa e doente. De notar que os profissionais reconhecem e tratam a maioria dos doentes pelo nome e conhecem a história de vida de cada um.

Na clínica de oncohematologia a consulta de grupo é constituída pelo conjunto dos médicos da clínica, não sendo por isso multidisciplinar às quais a mestranda não assistiu por dificuldade de compatibilidade de horário.

- *Tratamentos;*

Além de efectuar o atendimento aos doentes não programados, como colheitas de sangue para análises, oxigenoterapia, administração de medicação, aqui os procedimentos mais específicos que foram observados foram a execução de mielogramas, biopsia óssea, a maioria dos casos efectuados pelo próprio médico do doente. Surgiu a oportunidade de estar presente em cerca de 10 destes procedimentos.

INTERNAMENTO

O serviço de oncohematologia foi completamente renovado há muito pouco tempo para dar resposta às necessidades dos doentes durante o seu internamento. As condições físicas do serviço encontram-se, pois, num patamar muito mais elevado do que a consulta externa proporcionando aos doentes e familiares uma atmosfera de maior conforto e segurança. Por ser justa a referência, diga-se que esta remodelação se deve em grande parte ao esforço da equipa do internamento e antigos doentes.

No internamento são acolhidos todos os doentes que dele necessitam e são motivados por diversas razões das quais se podem salientar a realização de tratamentos de quimioterapia, o surgimento de toxicidades durante os tratamentos (neutropenias, pancitopenias, mucosites graves etc.) e que requerem cuidados hospitalares, o controlo sintomático e, por último, quando o estado geral do doente se agrava. A partir do momento que o doente e família são acolhidos pela equipa, fica a sensação de que entraram para uma família que está preparada para eles não só tecnicamente mas também do ponto de vista emocional o que confere uma dimensão superior na relação entre o doente e a equipa que o acompanha.

No internamento essa relação acaba ainda por ser mais visível pois o contacto é mais prolongado no tempo.

Os doentes da clínica de oncohematologia têm, pela natureza da própria patologia, internamentos bastante prolongados o que faz com que muitas vezes acabem por passar mais tempo com os profissionais da instituição do que com a família, o que acaba por aproximar muito as pessoas envolvidas.

Os internamentos oncohematológicos pelo facto de serem, em geral, bastante prolongados resultam em grande ansiedade para os doentes que temem pelo seu futuro, que duvidam da eficácia dos tratamentos a que estão sujeitos, que trazem muitas vezes consigo o desespero da sombra da morte.

A proximidade entre doentes e profissionais é tão grande que estes acabam por conhecer tão bem os doentes que o esforço para perceber os valores de quem está do outro lado é quase nulo uma vez que essa percepção se torna natural. Os cuidados centrados no doente adquirem nesta clínica uma dimensão muito elevada.

De salientar a estreita colaboração/comunicação entre todos os profissionais (nomeadamente enfermeiros e médicos) e entre a consulta e internamento. Sente-se que o doente entende a equipa que o atende como uma só, que existe a partilha de informação (formal e não formal) e que a relação uma vez estabelecida com um membro da equipa ela é, desde logo estendida à restante, não havendo, por isso, necessidade de repetir informação, contar histórias de vida, etc.

Durante o tempo de estágio no internamento de oncohematologia foi possível à mestranda observar a introdução de um cateter venoso central tipo Hickman e colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados directos ao doente.

CAPITULO 7 – SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS (70H)

- 35h no internamento
- 21h na consulta externa e visita domiciliária
- 14h na equipa intra hospitalar

Este serviço tem a sua filosofia baseada na definição que a Organização Mundial de Saúde estabeleceu em 2002:

“Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves e/ou incuráveis, avançadas e progressivas - e das suas famílias prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais”.

Este serviço tem bem definidas quais as suas directrizes¹:

- Defender a vida e aceitar a morte como um processo normal que não antecipam nem atrasam
- Melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes;
- Promover uma abordagem holística do sofrimento (físico, psicossocial e espiritual);
- Ajudar a família /cuidadores a superar a doença e a morte (consulta no luto)

Quando os doentes chegam a este serviço, percorreram um caminho que os levou por passar pela clínica de patologia multidisciplinar a que pertenciam, pelos tratamentos exaustivos, por inúmeros exames complementares de diagnóstico, etc. O processo de admissão a este serviço inicia-se com um pedido formal do médico assistente ou da consulta de grupo (após discussão com o doente e/ou família), tendo em conta os critérios de admissão do serviço:

¹ http://www.ipoporto.min-saude.pt/Servicos/Servicos_Clinicos/c/Servi%C3%A7o+de+Cuidados+Paliativos.htm

- Idade igual ou superior a 16 anos, portadores de sintomas/problemas intensos ou incapacitantes resultantes de doença oncológica incurável, avançada e progressiva sem resposta aceitável à terapêutica anti-neoplásica ou,
- Que recusaram esta terapêutica após explicação por parte do seu médico assistente dos seus benefícios e riscos.

Dentro do serviço de cuidados paliativos do IPO porto existem três grandes valências nos cuidados ao doente.

1) EQUIPA INTRA HOSPITALAR

Esta equipa, composta por um médico e um enfermeiro faz a primeira visita ao internamento e representa muitas das vezes o primeiro contacto que os doentes têm com a equipa e com a filosofia do serviço. Avaliam o doente não só quanto ao seu estado biológico, mas também no seu estado emocional, social e familiar. Na primeira conversa que é tida com doente, após a apresentação, é pedido aos doentes que expliquem o que sabem da sua doença e da evolução da mesma, se conhecem o conceito de cuidados paliativos e se sabem para o que servem. O que foi constatado foi que os doentes devolvem as perguntas aos profissionais esperando sempre respostas diferentes daquelas que, na maioria dos casos, sabem estar correctas.

De seguida são avaliadas as questões bio-psico-sociais e familiares dos doentes e questionadas as suas necessidades de conforto. Constatada a necessidade de internamento o doente passa a ser seguido pela equipa dos cuidados paliativos em contexto hospitalar. Se não se justificar o internamento é preparada a alta do internamento para que os doentes possam ir para o domicílio passando, então, a ser seguidos pela consulta externa. Durante o período de estágio a mestranda acompanhou esta equipa durante duas manhãs, observando um total de 10 doentes (cerca de 6 novos doentes e acompanhamento de 4 outros doentes que ainda tinham decidido optar pelos cuidados paliativos)

2) CONSULTA EXTERNA E ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

2.1) *Consulta externa*

O serviço da consulta externa e o gabinete da visita domiciliária situam-se no piso imediatamente superior ao piso de internamento, o que faz com que a comunicação entre estas três valências esteja, naturalmente, facilitada.

Os doentes, não internados, são chamados à consulta onde entram em contacto, pela primeira vez, com o serviço e equipa e onde são efectuados os mesmos procedimentos dos já realizados pela equipa intra hospitalar. Aí conhecem o médico que o vai assistir até ao fim da vida e espera-se que se inicie uma nova relação de empatia e confiança. A consulta de enfermagem funciona como uma continuação da consulta médica em que é efectuado o encaminhamento global ao doente e família. Nesta altura é possível pedir a colaboração imediata do serviço social para que possam informar/intervir no doente e família. Durante o tempo de estágio foi possível assistir a cerca de 10 consultas médicas e de enfermagem em duas manhãs.

2.2) *Assistência domiciliária*

Outra valência onde decorreu o estágio foi a visita domiciliária de um enfermeiro do serviço. Aqui o trabalho é desenvolvido por um enfermeiro, que por vezes é acompanhada por um voluntário da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Esta valência, que abrange unicamente a área do concelho do Porto, revelou-se de extrema importância para os doentes e família. A mestranda acompanhou a enfermeira durante 3 manhãs, visitando cerca de 15 doentes e suas famílias.

A visita domiciliária permite que os doentes estejam em suas casas a serem cuidados pelas suas famílias/entes queridos e que sintam a segurança da ligação à instituição e à equipa que os seguem.

Esta visita consiste não só num acompanhamento regular da situação do doente e onde o enfermeiro funciona como elo de ligação entre o doente e família, mas também como forma de avaliação das necessidades dos doentes e execução de tratamento de feridas que outras técnicas de enfermagem que se revelem necessárias e possam ser efectuadas em casa. Ao visitar o doente no seu ambiente natural foi possível ter com mais rigor a percepção das dimensões social e familiar da doença o que, muitas vezes, em contexto hospitalar, não é tão evidente nem tão lembradas como deveriam.

Pensa-se que será relevante partilhar uma das experiências vivenciadas pela mestranda na passagem por esta valência do serviço de cuidados paliativos que a marcou de uma forma especial, uma vez que pode acompanhar o referido caso durante algum tempo, que permitiu experimentar mais de perto o espírito que é vivido nos cuidados paliativos do IPO - Porto.

Uma doente, de 60 anos, chega ao serviço de cuidados paliativos para uma primeira consulta acompanhada pelo marido. Com algumas limitações físicas utiliza uma cadeira de rodas e parece perceber o ambiente envolvente. Não possui uma articulação muito eficaz das palavras, mas aparenta estar consciente e orientada.

A consulta inicia-se na presença do médico especialista, do médico interno de especialidade, do marido e da mestranda. O marido mostra-se bastante ansioso com a consulta. Após os cumprimentos iniciais, o médico interroga a doente sobre o seu estado de saúde. Quem responde é o marido que se queixa de não ter sossego nem de dia nem de noite. Quando o médico questiona sobre o serviço de cuidados paliativos é novamente o marido quem intervém não só dando uma definição estereotipada do serviço (“é para onde vão os doentes que já não têm cura”) como criando a expectativa de que a doente pudesse ficar internada desde logo. Nesta altura o médico corrige o marido e explica não só, o que são os cuidados como sugere que para o doente é sempre melhor estar no

conforto da sua casa. Mais uma vez o marido interrompe o médico queixando-se que não conseguia descansar nem tinha quem o ajudasse nas tarefas de casa apesar de ter uma filha que habitava perto deles. É então que o médico propõe uma terapia de estabilização do sono e a sinalização deste caso junto da assistência social. Só nesta altura a doente se pronuncia pelo seu desejo de ficar em casa e o marido, ainda que não totalmente convencido, aceita.

Ficou acordado entre todos que a doente iria para casa com medicação apropriada para descansar durante a noite e foi pedido que, se possível, a filha que mora com o casal pudesse entrar em contacto com o médico para esclarecer a situação. No próprio dia, antes de sair do IPO tiveram um encontro com a assistente social que identificou a situação, providenciou recursos para que doente estivesse mais confortável na sua casa (cadeira de rodas e cama articulada) e referenciou a situação para um centro de dia perto da residência.

Passados alguns dias, já na assistência domiciliária a mestranda teve oportunidade de acompanhar a enfermeira ao domicílio da desta doente, uma vez que a situação tinha sido referenciada para vigilância dos cuidados prestados à doente e avaliação do estado geral da doente relativamente ao ajuste de medicação.

Foi possível observar que o marido estava mais calmo, no que diz respeito aos cuidados com a esposa, visto que a filha, após contacto com o médico, pode proporcionar ajuda nos cuidados com a casa e à doente. A doente mostrou-se mais activa, com melhor disposição e mais colaborante na comunicação.

Este episódio é significativo da importância de prestar uma atenção particular à dinâmica familiar que, neste caso, era de difícil gestão entre pai e filha. É também significativo de como uma intervenção adequada da equipa pode funcionar como um elemento facilitador da comunicação em prol do melhor bem-estar da doente.

3) INTERNAMENTO

A estrutura física do serviço consiste em quartos individuais com a possibilidade da presença permanente de alguém significativo para o doente. Durante as 35

horas de estágio foi possível colaborar com a equipa de enfermagem no apoio emocional ao doente e família e na prestação de cuidados directa de cuidados.

A central de enfermagem é visível à saída de cada quarto de modo a que os doentes sintam sempre a presença de alguém. O serviço possui também as condições necessárias para hidromassagem ou outras terapias alternativas para o alívio sintomático. Existe uma sala dedicada à transmissão das más notícias em que os doentes/famíliares podem expressar o seu sofrimento no imediato sem receios de estarem a expor as suas emoções.

Existe uma reunião diária entre médicos e equipa de enfermagem onde são efectuados resumos da situação de cada doente internado (física, psicológica, social e familiar) e uma reunião semanal que congrega todos os profissionais da equipa, o que faz com que todos estejam a par da situação de todos os doentes internados.

A relação que os profissionais estabelecem com a família do doente não se inicia, apenas aquando do internamento uma vez que ela vem, em geral, desde o acolhimento do doente na consulta externa, prolongou-se durante a visita domiciliária e por vezes em internamentos anteriores. Desta forma é possível perceber que esta relação, quando pré existente, já é sólida e coesa. A relação de ajuda existente entre as pessoas (profissionais, doentes e familiares) tem como o objectivo principal o bem-estar holístico do doente, pelo que lhe é inteiramente dedicada.

No serviço de cuidados paliativos é de realçar a excelente articulação entre toda a equipa em prol da melhor assistência possível ao doente e família. Os profissionais trabalham efectivamente no serviço e são destacados para as diferentes valências o que se traduz num conhecimento profundo das mesmas, dos doentes e familiares.

CAPITULO 8 – CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (70H)

A patologia de cabeça e pescoço na região do Norte têm uma taxa de incidência de 13,7/100.000 da doença oncológica do Norte (RORENO 2006, 2010) sendo o cancro da laringe o oitavo mais frequente atingindo, maioritariamente, a população masculina. Esta clínica encontra-se dividida entre a consulta de otorrinolaringologia (ORL) e a consulta de cabeça e pescoço.

Na primeira são observados os doentes com patologia até ao terço posterior da língua por médicos de ORL e na segunda são observados por oncologia (oncologista médica e cirúrgica). Durante o tempo de estágio a mestranda teve oportunidade de estar presente em ambas, mas passando a maioria do tempo na consulta de cabeça e pescoço.

Os doentes da consulta de cabeça e pescoço, têm um tempo médio de espera desde que são aceites na instituição e o primeiro acto terapêutico de 64 dias e de os da consulta de ORL de 69 dias, de acordo com os dados de 2010.

De todos os locais onde se realizou este estágio, a clínica de cabeça e pescoço - consulta de cabeça e pescoço e ORL - é aquele que, a nível de espaço físico, apresenta condições mais deficientes tanto para os profissionais que lá exercem as suas funções como para os doentes que as utilizam. Em cada local, existem três gabinetes médicos, uma sala de reuniões, uma sala de tratamentos e um muito pequeno gabinete onde se encontram os processos clínicos dos doentes que irão ter consultas nesse dia e onde se efectuam muitas vezes as consultas de enfermagem quando não existe nenhum gabinete médico disponível para o efeito.

A patologia da cabeça e pescoço é uma patologia bastante visível uma vez que se pode revelar bastante incapacitante e mutilante.

Além da doença propriamente dita o doente enfrenta, na maioria dos casos, diversos problemas associados como sejam:

- Deglutição, o que leva a um emagrecimento rápido e incapacitante que se traduz na necessidade de colocar gastrotomias ou sondas nasogástricas para alimentação;
- Dificuldades respiratórias, o que pode levar a ostomias de urgência (laringectomia/ traqueostomia);
- Imagem corporal e comunicação verbal alteradas (glossectomias totais e parciais; madibulectomias, etc.); lesões exsudativas, sialorreia, etc.

O doente “tipo” desta clínica apresenta antecedentes de hábitos tabágicos e/ou alcoólicos mais ou menos acentuados, com baixo nível de literacia, desempregados ou com trabalho precário. A maioria mostra-se renitente em abandonar esses hábitos aquando do diagnóstico e durante os tratamentos e muitas vezes traduz-se na dificuldade e falta de vontade em adesão ao tratamento proposto.

Nesta clínica, seguem-se os procedimentos já explicados no enquadramento prático deste relatório.

- *CONSULTAS MÉDICAS (ONCOLOGIA MÉDICA E CIRÚRGICA)*

Nas consultas médicas é apresentada, o mais detalhadamente e compreensível possível, a doença. O médico investiga hábitos de risco que o doente possa possuir e tenta motivar ao abandono desses mesmos hábitos. É feita a tentativa de concentrar o doente no seu processo de cura, de modo a obter uma adesão terapêutica eficaz. Foi facultado à mestranda estar presente em 5 consultas de oncologia médica e de oncologia cirúrgica.

É também objectivo das consultas médicas fazer a avaliação da resposta da doença aos tratamentos em curso, bem como das toxicidades/ efeitos indesejáveis por eles provocadas. A consulta de radioterapia, componente

essencial no tratamento ao doente de cabeça e pescoço, funciona num serviço próprio, onde os doentes efectuem todos os procedimentos ligados à radioterapia

- *CONSULTAS DE ENFERMAGEM;*

A consulta de enfermagem, a par da consulta médica, tenta perceber as necessidades dos doentes e procura dar-lhes uma resposta adequada, fornecendo a motivação e ferramentas para que os doentes adoptem estilos de vida mais saudáveis. O encaminhamento para outras áreas de conhecimento é efectuado na perspectiva de melhoria de cuidados.

O trabalho da consulta de enfermagem é dificultado pela ausência de um espaço próprio e adequado às necessidades dos enfermeiros no cuidado doentes. A falta de privacidade torna-se num obstáculo na comunicação entre o enfermeiro e o doente. Foi possível estar presente e colaborando com a equipa e contactando directamente com o doente em cerca de 20 consultas de enfermagem.

- *CONSULTAS DE GRUPO;*

Nas consultas de grupo que foram observadas encontravam-se presentes as especialidades médicas de cirurgia, oncologia médica e radioterapia e um enfermeiro. Foi possível estar presente em duas consultas de grupo na consulta de cabeça e pescoço com uma média de 14 doentes por consulta multidisciplinar e numa na consulta de ORL na presença de 12 doentes.

Após a discussão do caso e observação do doente a melhor opção terapêutica (escolhida pelo grupo) era comunicada ao doente e familiar presente dando a opção de aceitar ou não.

- *TRATAMENTOS;*

Nesta clínica foram observados procedimentos como biopsias da cavidade oral, treinos de deglutição, ensinamentos relativos à adaptação a ostomias, adaptação a próteses fonatórias com a ajuda de um terapeuta da fala, tratamento de feridas.

Encontra-se também, em fase de experimentação, um gabinete onde é efectuada a avaliação da qualidade de vida de forma quantitativa, pelo próprio doente, em ecrã táctil e na presença de um enfermeiro, em que a mestrandia teve oportunidade de observar o seu funcionamento com 5 doentes.

Nesta clínica funcionam também os planeamentos cirúrgico, de bloco operatório e de unidades de cirurgia ambulatorio, uma consulta semanal de medicina interna e uma consulta semanal de cirurgia plástica, o que inevitavelmente não deixa espaço para a identificação dos profissionais com o serviço de cabeça e pescoço.

Apesar das dificuldades com que os profissionais se debatem é de realçar a preocupação com os doentes, no que diz respeito à sua evolução/ involução na resposta aos tratamentos, prognósticos, recuperações ou perdas de função e adaptação aos novos hábitos de vida adoptadas ou não pelos doentes

CAPITULO 9 – CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DIGESTIVA (70H)

A patologia oncológica digestiva representa cerca de 31% dos cancros da zona Norte de Portugal com uma taxa de incidência de 124.3/100000. Dentro deste grupo, o cancro colon-rectal foi o de maior incidência, com 1333 novos casos em 2006 (taxa de incidência de 40,5/100000). (Roreno 2006, 2010).

Os doentes da patologia digestiva têm, segundo os dados de 2010, um tempo médio de espera desde que são aceites na instituição e o primeiro acto terapêutico de 67 dias.

A actividade, nesta clínica, segue o ritmo normal com excepção do funcionamento do gabinete de ostomias e da fase experimental de um projecto de um “call-center” coordenado pela equipa de enfermagem.

- *CONSULTAS MÉDICAS (ONCOLOGIA MÉDICA E CIRURGIA)*

São directrizes da clínica de patologia digestiva que as primeiras consultas devem realizar-se no prazo máximo de uma semana (seis dias) após a admissão do doente na instituição, segundo algumas linhas orientadoras:

- a) Em doentes cujo tratamento de tumor é cirúrgico (doentes sem doença metastática) ou em doentes com metastização hepática a consulta será realizada pelo serviço de oncologia cirúrgica;
- b) Em doentes com doença metastática ou que o tumor primário tenha sido já tratado cirurgicamente a consulta será realizada pelo serviço de oncologia médica.

À semelhança de todas as outras clínicas, os objectivos das consultas médicas, para além do exame físico, centram-se na apresentação, discussão e esclarecimento dos tratamentos propostos pela consulta de grupo, tentando respeitar os ritmos, valores e vontades dos doentes. É também nestas consultas que são elaborados em conjunto com os doentes um plano terapêutico, de modo a que saibam quais os passos a seguir, respeitando as directrizes da clínica.

Foi possível à mestranda estar presente em algumas destas consultas.

À semelhança da clínica de mama, a clínica de patologia digestiva tem reuniões de grupo de oncologia cirurgia e oncologia médica e são submetidos a estas consultas de grupo de especialidade os doentes cujo primeiro tratamento, segundo as recomendações da Clínica de Patologia Digestiva, está relacionado apenas com uma especialidade.

- *CONSULTA DE ENFERMAGEM*

Na consulta de enfermagem da clínica de patologia digestiva é feita com mais pormenor a avaliação do estado nutricional (com calculo de índice de massa corporal e peso perdido) e o respectivo encaminhamento para a consulta de nutrição, também presente na clínica.

A consulta de enfermagem segue-se à consulta médica e nela são novamente explicados os procedimentos que foram discutidos na consulta médica bem como os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia a que os doentes irão ser submetidos e estratégias para utilizar nas actividades de vida diária para adaptação às alterações que os mesmos poderão provocar. Foram observadas cerca de 30mconsultas de enfermagem em que a mestranda teve oportunidade de contactar directamente com os doentes e familiares.

Para os doentes com patologia de cólon-rectal a efectuar quimioterapia endovenosa e oral, encontra-se em funcionamento experimental (com o apoio de um laboratório farmacêutico) um call-center, que tem como objectivo contactar o doente na primeira semana após o inicio de cada ciclo de quimioterapia para o questionar acerca dos efeitos secundários e sintomáticos e fazer o respectivo aconselhamento, fornecer estratégias concretas para a sua resolução e seguimento telefónico até melhoria sintomática ou encaminhamento para o médico assistente ou serviço de atendimento não programado (SANP).

A mestranda teve oportunidade de observar durante uma tarde, tendo sido efectuados 6 contactos com os doentes, a dois dos quais foi dado o encaminhamento para o SANP (por mucosite e rectorragias).

Este apoio é prestado pelos enfermeiros da clínica de patologia digestiva fora do horário normal de trabalho.

Outra das valências bastante importante da clínica de patologia digestiva é o gabinete de ostomias. No gabinete de ostomias são explicados os procedimentos a efectuar, fazem-se a marcação do local da ostomia programada (ileostomias e colostomias), são desmistificados alguns conceitos relacionados com ostomias, efectuados ensinamentos sobre alimentação, higiene e adaptação das actividades de vida diária à ostomia.

Aqui é de salientar a presença de uma enfermeira especializada em ostomias - única na instituição, que transmite, de uma forma única, segurança e tranquilidade aos doentes e familiares, no que diz respeito à continuidade da vida após a ostomia.

- *CONSULTA GRUPO MULTIDISCIPLINAR*

A consulta de grupo multidisciplinar desenvolve-se da mesma forma que nas restantes clínicas. Devido ao elevado número de doentes por consulta de grupo surgiu a necessidade de estarem duas equipas (cirurgião, oncologista médico, Radioterapeuta e enfermeiro) em simultâneo a efectuarem a consulta de grupo.

Após a discussão do caso clínico, o médico responsável pelo tratamento proposto comunicava ao doente a opção terapêutica escolhida e informava de que iria existir uma outra consulta onde tudo seria explicado mais pormenorizadamente. Foi possível à mestranda estar presente em duas destas consultas onde foram observados uma média de 26 doentes.

- *PLANEAMENTO CIRÚRGICO*

A mestranda teve oportunidade de estar presente em duas consultas de planeamento cirúrgico. Nesta consulta os procedimentos cirúrgicos são explicados pormenorizadamente ao doente e, após a assinatura do consentimento informado, são agendadas as datas da cirurgia e as consultas e procedimentos pré - operatórios. Não raramente constatou-se que os doentes só se apercebiam dos procedimentos cirúrgicos propostos nesta consulta e sentiam grande dificuldade em compreender/ aceitar os procedimentos propostos, nomeadamente as que implicavam colostomias definitivas. Aqui, os enfermeiros informam os doentes das marcações e do tempo de internamento previsto, entre outras informações de ordem mais prática.

CAPITULO 10 – DISCUSSÃO

Nesta discussão pretende-se analisar de forma crítica o modo como a implementação das mudanças observadas foram efectuadas relacionando-as com os cuidados centrados nos doentes e experiência profissional da mestranda à luz do enquadramento teórico anteriormente mencionado, identificando as boas práticas e obstáculos/dificuldades que se colocam aos profissionais de saúde em oncologia.

O Instituto Português de Oncologia – Porto, instituição onde foi realizado o estágio, tem vindo a desenvolver esforços para ir de encontro à filosofia dos cuidados centrados no doente quer através da gestão dos serviços, da remodelação das estruturas físicas de atendimento ao doente, da construção de equipas multidisciplinares quer através da formação dada aos diferentes profissionais. Naturalmente ainda é necessário um investimento maior para que todos possam assimilar por completo o conceito, mas podemos afirmar que o esforço para a sua implementação está, a dar os seus frutos.

Os cuidados centrados no doente, não tratam apenas da cura ou palição da doença oncológica: tratam do doente nas suas múltiplas dimensões: as patologias associadas (relevantes para a doença oncológica ou não), a situação social e familiar e as suas crenças e valores, ou seja, focam a sua atenção para aquilo que é importante para o doente. A estrutura para que se possam efectuar este tipo de cuidados está hoje montada, necessitando apenas de alguns ajustes no que diz respeito a tempo, recursos e disponibilidade.

Na generalidade das clínicas e serviços da instituição nota-se que existe a preocupação com o doente e com o seu bem-estar. Nota-se também que os profissionais se sentem muitas vezes assoberbados de trabalho, principalmente a equipa médica, uma vez que têm de dar resposta aos doentes em ambulatório e aos doentes internados durante o tempo efectivo de serviço e por isso focalizam-se nos assuntos considerados mais importantes - o nível de importância varia de acordo com os olhos de quem a vê, profissional ou doente - optando, por vezes, inconscientemente pelo modelo paternalista em vez do modelo deliberativo, modelo este preconizado pelo conceito dos cuidados centrados no doente.

Sendo a cura da doença oncológica uma corrida contra o tempo, este torna-se um factor essencial para a equipa de saúde e doente. Os espaços de tempo que decorrem entre as diversas etapas (entre a aceitação do doente na instituição e primeira consulta, esta e a tomada de decisão e desta ultima ao primeiro acto terapêutico) pelas quais o doente passa para atingir os objectivos propostos pelo plano terapêutico estão enquadrados nos padrões da instituição, no entanto para o doente que vive a incerteza do futuro, a vontade de ficar curado e de não morrer, qualquer tempo de espera é quase insuportável. Assim como se torna difícil para os doentes aproveitar o tempo que lhes é dado para tomar decisões relativas ao seu processo de doença, visto que muitas das vezes têm que lidar em primeiro lugar com o processamento da informação que lhes é fornecida. Todos estes compassos de espera traduzem-se num sentimento de insegurança.

Nas consultas que foram observadas, pode assistir-se ao esforço efectuado pelos profissionais para que o doente possa transmitir a quem o atende, as suas preocupações, medos, frustrações, crenças e valores, e também para que estes sentimentos sejam retribuídos pelo reconhecimento do interlocutor.

Mas por vezes, o doente por falta tempo, de empatia, por não se lembrar ou por não se sentir à vontade para o dizer acaba por não expor os seus sentimentos e consequentemente as dúvidas, comprometendo assim o sentimento de segurança que deveria estar presente.

Em algumas clínicas, particularmente naquelas cujo elevado número de consultas diárias como a clínica de mama – em que o número de consultas por dia chega em média às 100 - ou a da patologia digestiva – em que ascende em média as 70 consultas, a tarefa de escutar com tempo e dedicação tudo o que preocupa e angustia o doente torna-se numa quase impossibilidade: o tempo necessário para tratar os assuntos essenciais como avaliação geral, o exame físico, a explicação de diagnóstico, o pedido de exames, etc. é já de si tão curto que pouco mais sobra que um sorriso de chegada ou de despedida.

O mesmo acontece no internamento (de acordo com experiência profissional da mestranda de seis anos no internamento de oncologia médica). A consulta rápida que é efectuada no internamento pode ser atribuída à falta de tempo, que é real, mas também à falta de disponibilidade emocional, seguramente, inconsciente,

para ouvir os doentes. Assim como, os enfermeiros que prestam cuidados directos ao doente, muitas das vezes procuram o distanciamento do doente no que diz respeito à sua disposição de espírito ou preocupações. Não é fácil encontrar as razões mais profundas para esta situação. O tempo, ou a sua falta, podem, com certeza, ajudar a justificar, mas pode também acontecer que, por estarem demasiado próximos dos doentes criem alguma distância como forma de evitar a sensação da sua própria impotência ou a existência de perguntas incómodas. E isto provoca muitas vezes no doente a sensação de desamparo e de não saber a quem recorrer. Uma das questões que mais perturba os doentes é o facto de as consultas médicas não serem sempre efectuadas pelo mesmo médico, pois os médicos internos (que se encontram a efectuar a especialidade) também têm consultas, mas a maior parte sem o acompanhamento presencial do especialista responsável dada a falta de especialistas. Assim, o doente tem que interagir com alguém que não é o seu médico o que leva a um maior sentimento de insegurança.

Outra das situações que deixa o doente com a sensação de desamparo acontece quando chega a outros serviços (como o hospital de Dia, ou para a realização de exames) à procura de respostas às suas dúvidas, com queixas relacionadas com a doença ou até sobre outros aspectos mais particulares e que o preocupam na evolução do seu processo clínico e não obtém resposta da parte do médico ou do enfermeiro que o remetem para o médico assistente.

Naturalmente que este procedimento por parte destes profissionais é, do ponto de vista ético, correcto, mas não tem em conta que, provavelmente, que o doente já tinha estas dúvidas na altura da consulta e que as quis colocar ao médico/enfermeiro, mas não houve tempo ou confiança suficiente para o fazer.

Importava, aqui, mais uma palavra de estímulo e de confiança ao doente de modo a ele ser capaz de colocar todas as questões no momento da sua consulta ou, até, uma nota a colocar no processo clínico do doente como alerta para o médico ou enfermeiro que o assiste. É importante que os profissionais de saúde sejam capazes de distinguir os doentes que se encontram dispostos a apresentar todas as questões (às vezes até as mais impertinentes) daqueles outros que por diferentes motivos (educação, iliteracia, pudor, sentimento de culpa, etc.) se

sentem mais retraídos perante quem julgam ter o dom de decidir bem ou mal sobre a sua situação.

O serviço de oncohematologia, pelo volume de doentes que atende por dia – cerca de 20 – consegue dar a resposta mais adequada e completa aos seus doentes. Nesta, há espaço e tempo para colocar questões, prestar esclarecimentos e fornecer explicações detalhadas dos tratamentos e seus efeitos secundários. Nesta clínica, antes de cada tratamento de quimioterapia os doentes têm uma consulta com o seu médico assistente, onde é feita a avaliação do estado geral e das condições físicas do doente para a realização do tratamento.

No internamento, em geral, o médico senta-se junto do doente e conversa demoradamente com ele não só sobre a doença, mas sobre a vida em geral. Os enfermeiros conhecem a vida familiar do doente, sabem quantos filhos tem, quando é o seu aniversário e organizam-lhe uma pequena festa, encomendando um bolo à cozinha e juntando-se para lhe cantar os parabéns e apagar as velas. São estes “pequenos detalhes” que transmitem a sensação de segurança e confiança ao doente e aliviam o stress.

Outro serviço que pareceu bastante eficaz na gestão do tempo dedicado aos doentes foi o serviço de cuidados paliativos que, apesar dos poucos recursos humanos de que dispõe, consegue mobilizar-se para ultrapassar essas limitações e disponibilizar-se de forma total de modo a que os doentes e seus familiares sintam confiança na equipa que os acompanha. Este nível de confiança e de segurança é transmitido à família mesmo após a morte do doente.

A relação de confiança nos profissionais e na sua dedicação ao doente inicia-se na equipa intra hospitalar ou na consulta e estende-se a todas outras valências (internamento, assistência domiciliária).

Na equipa intra hospitalar, na consulta, na visita domiciliária ou nos cuidados ao doente não foi possível percepcionar nenhuma pressa com o tempo que é dispendido no doente: permanece-se junto dele o tempo que ele precisa para se sentir reconfortado. Tal é realizado sem preocupação pela vida pessoal dos profissionais que, muitas vezes, pode ser prejudicada.

Na clínica de cabeça e pescoço a grande preocupação prende-se com a melhoria da gestão do tempo disponibilizado, uma vez que não sendo uma das clínicas onde existe maior número de doentes – cerca de 17 consulta médicas diárias em média, considera-se que com algumas adaptações e melhoria das condições da estrutura física, seria possível uma organização e estruturação do plano das consultas mais eficaz. Os doentes portadores desta patologia têm uma panóplia de riscos e problemas associados que beneficiariam de um acompanhamento mais regular e constante por parte dos profissionais que os acompanham.

Nas clínicas de mama e patologia digestiva verificou-se que têm uma estrutura física adequada, profissionais disponíveis e sensibilizados para os melhores cuidados possíveis aos doentes, mas de alguma forma insuficientes para que o acompanhamento seja efectuado da forma como os doentes desejariam.

O tempo que é dado ao doente para pensar na opção pelo tratamento proposto é escasso apesar das consequências futuras que acarreta para a vida do doente (por exemplo: quimioterapia com náuseas e alopecia; cirurgia com traqueotomia). Normalmente comunica-se ao doente na consulta de grupo multidisciplinar ou de especialidade qual a opção terapêutica escolhida pelo grupo e esta deverá ser debatida com o médico que assiste o doente, na consulta seguinte. O que acontece algumas vezes é que o doente selecciona e processa apenas parte da informação fornecida o que leva muitas vezes a que, principalmente na consulta de planeamento cirúrgico, a explicação do procedimento e consequências seja uma “novidade” para o doente.

De seguida relata-se uma situação observada, seguramente não representativa da maioria, mas que pode ajudar a ilustrar este mesmo momento, em que os doentes, pela situação de “alienação” em que se encontram não compreendem as dimensões do que lhes é transmitido.

Numa consulta de planeamento cirúrgico da clínica de cabeça e pescoço, o médico explica novamente qual o procedimento cirúrgico previsto e as consequências que o mesmo vai produzir na vida do doente. O doente começa por perguntar quando seria feita a intervenção cirúrgica para corrigir as sequelas desta e, quando lhe é referido que não vai poder utilizar a voz como antes o

fazia, tem uma reacção negacionista prontamente corrigida pela esposa que confirma que todas estas indicações já tinham sido apresentadas.

Dada a situação, o médico recapitula tudo o que já tinha sido dito na consulta anterior e questiona o doente se desta vez tinha compreendido tudo. É então que o doente pergunta quando tem que dar uma resposta ao que o médico lhe responde que esta é a consulta da resposta, isto é, que a resposta tem que ser dada neste momento e propôs-lhe uns minutos de reflexão.

Após 15 minutos o doente acaba por assinar o consentimento informado e a proposta cirúrgica.

A partir deste diálogo, é possível perceber que:

- O doente não assimilou, na consulta de grupo, que a laringectomia era de carácter definitivo, que sabemos que foi dito, pois a esposa e médico confirmaram, e, por isso, na óptica do doente, a opção pela cirurgia naquela altura pareceu-lhe de fácil aceitação.
- A pressão do tempo a que estão sujeitos os profissionais acaba por ser demonstrada também na relação com os doentes.
- O tempo que foi dado para o doente pensar numa decisão que afectaria o resto da sua vida foi, de facto, de 15 minutos.

Na tomada de decisão pensa-se que seria possível chegar a um acordo satisfatório para as partes se fosse dada a oportunidade de uma segunda discussão, ainda que apenas com um profissional da equipa e, sobretudo, quando existem dúvidas relativamente ao procedimento a efectuar. Tal permitiria dar mais tempo para assimilar melhor a informação (o que não aconteceu após a consulta de grupo), discutir no seio familiar e a possibilidade de colocar outras dúvidas que pudessem surgir após a reflexão. Não poderia ser um tempo longo nem que ocupasse toda a equipa, mas um encontro de informação com um dos elementos mais disponíveis.

Outra das situações que foi observada pela mestranda durante o estágio e que é passível de melhorias consiste na articulação entre os enfermeiros das clínicas

multidisciplinares de patologia e o respectivo internamento, visto que os médicos que atendem o doente em ambulatório e no internamento são os mesmos.

O exemplo onde esta articulação foi mais visível e bastante bem sucedida, foi na oncohematologia onde os médicos são os mesmos e os enfermeiros da consulta e internamento comunicam diariamente entre si sobre a clínica e os doentes, fazendo breves actualizações dos processos.

A articulação entre internamento e consulta também funciona muito bem no serviço de cuidados paliativos se bem que em moldes diferentes pois os enfermeiros que estão na consulta também prestam algumas vezes cuidados no internamento e vice-versa, o que não sucede na oncohematologia.

Percebe-se que o doente/família, nas clínicas onde não existe uma comunicação eficaz na equipa nem uma articulação completa com todos os serviços, se sentem mais “perdidos”, pois não têm uma referência de equipa e são obrigados a repetir as mesmas histórias e situações (história clínica, situações ocorridas durante tratamentos, sentimentos, valores, etc.) na consulta e no internamento. Esta articulação quando é feita de forma eficaz permite aos enfermeiros poupar tempo nos cuidados ao doente uma vez que conhecendo as situações se poderá actuar directamente na área pretendida, levando a uma continuidade dos cuidados efectiva e eficaz.

Percebeu-se que a folha de colheita de dados que os enfermeiros preenchem na primeira consulta se torna pouco útil na continuidade de cuidados, pois muita informação que o doente fornece fica perdida não sendo por isso transmitida aos outros profissionais de enfermagem que cuidam do doente. Essa mesma folha é preenchida por outro enfermeiro de cada vez que o doente tem um internamento. Notou-se que os profissionais, no preenchimento, têm a tendência para enfatizar algumas áreas em detrimento de outras de acordo com o interesse e experiência individual, não sendo por isso um instrumento isento e que dê resposta a todos enfermeiros que cuidam do doente.

Como já foi anteriormente referido a comunicação eficaz é um pilar dos cuidados centrados no doente e nesta categoria engloba-se também a comunicação intra equipa. Por definição, equipa é:

"Grupo de homens que trabalham na mesma tarefa, ou que unem os esforços com um mesmo propósito (...) Espírito de equipa, espírito de solidariedade que anima os membros de um mesmo grupo".²

E, visto que numa equipa de saúde o objectivo comum é o doente pensa-se que será lógico deduzir que quanto maior for o espírito de equipa que une os enfermeiros dos diferentes serviços que cuidam do doente, maiores e melhores serão os resultados para o mesmo.

Muitos enfermeiros não sabem que tipo de actividades é desenvolvido pelos diferentes serviços pelo que, por vezes, não conseguem estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes visto que não conhecem a realidade. Por exemplo: a maioria dos enfermeiros da medicina oncológica digestivos não tem presente que na clínica de patologia é avaliado o estado nutricional dos doentes ou de que forma é feita esta avaliação.

Durante a discussão deste relatório de estágio de mestrado foram identificadas algumas dificuldades e/ou obstáculos existentes aos cuidados centrados no doente e à forma como o doente os identifica como centrados em si.

Desta forma, esta discussão com a identificação de dificuldades ou obstáculos percepcionados não faria qualquer sentido, se com ela não fosse possível deixar algumas sugestões na tentativa de ajudar a resolver algumas das dificuldades identificadas.

² <http://www.dicionariodeportugues.com/significado/equipe-18752.html>

III PARTE

CONCLUSÕES

Os cuidados centrados no doente são hoje uma preocupação quer para a instituição onde decorreu o estágio quer para os profissionais de saúde em oncologia que lá trabalham, pois toda e envolvimento do doente, a comunicação e forma como doente enfrenta o binómio de doença-cura são de vital importância da adesão ao tratamento por parte do doente e família.

Este relatório tem como principal finalidade, além de ser um instrumento de avaliação para conclusão do mestrado em enfermagem oncológica, relatar com a maior isenção possível a forma como os cuidados centrados no doente estão a ser implementados no IPO do Porto e de que forma estes se traduzem numa melhoria de cuidados aos doentes oncológicos.

Da observação efectuada em 350 horas de estágio pelos diferentes serviços foi possível chegar a algumas conclusões.

O investimento que está a ser feito a nível da instituição é grande no que diz respeito à melhoria dos espaços físicos, das condições arquitectónicas que são dadas aos doentes, na aquisição de novos meios auxiliares para diagnósticos mais rápidos, precisos e fiáveis.

Os profissionais de saúde sabem e reconhecem que os cuidados centrados no doente são a forma que a instituição escolheu para que os cuidados fossem aí prestados e na sua maioria estão de acordo que será a melhor forma de o fazer, mas alguns ainda não encontraram, na sua prática diária, a forma mais eficaz de alterar modelos de relação com o doente bastante enraizados e que não correspondem à forma como os cuidados centrados no doente deverão ser prestados.

O tempo que, em alguns casos, é dado ao médico/enfermeiro para prestar cuidados, solidificar a relação terapêutica, criar empatia ou apenas para transmitir a informação é escasso e, conseqüentemente, leva a que o doente não consiga expressar os seus pensamentos, valores ou emoções de modo a que o interlocutor os possa compreender na sua dimensão ou, até, adaptar o discurso.

A informação que é transmitida ao doente, por vezes, não está adequada ao doente/situação, quer de acordo com o seu nível de literacia, sociocultural ou estado emocional do momento. Por exemplo, no caso de uma consulta de grupo em que a informação é transmitida verbalmente e não fornecida em outros suportes, corre-se o risco de conduzir a interpretações diferentes consoante o nível de capacidades do doente em questão.

Percepcionou-se que alguns profissionais têm receio de lidar com a sua frustração junto dos doentes adoptando por vezes a atitude de “fuga emocional”, deixando amiúde o doente e família perdidos na imensidão de informação ou falta dela, muitas das vezes sem consciência do caminho a seguir.

Também foi possível verificar (tanto nas unidades em que foi efectuado o estágio, como nos locais onde a mestranda exerce a sua profissão) que os profissionais incidem a sua relação/comunicação no que mais lhes interessa enquanto responsáveis pela terapêutica decidida, em detrimento do que o doente considera ser mais importante para si, dominando assim a relação, sem envolvimento activo de ambas as partes. Esta atitude transmite ao doente sentimentos como a insegurança no conhecimento relativamente a outras áreas, a falta de preocupação com a pessoa no seu todo ou ainda a falta de disponibilidade para falar daquilo que não lhe interessa.

Há serviços, como o caso de Oncohematologia e dos cuidados paliativos, que pelo tipo de condições em que trabalham levam a cabo uma prática de cuidados que está mais de acordo com o conceito dos cuidados centrados no doente. Em outros, julga-se existir espaço para uma melhor integração dos cuidados centrados no doente no quotidiano dos profissionais apostando numa motivação adequada.

No caso das clínicas de mama e de patologia digestiva a motivação dos profissionais vai esmorecendo devido ao elevado número de doentes que atendem por dia, o que deixa pouco espaço para que se possa criar uma relação de confiança com cada doente e familiares.

Não é objectivo deste relatório fazer algum tipo de crítica a qualquer profissional de nenhuma área, apenas relatar comportamentos e atitudes observados e de

que forma estes se coadunavam com a filosofia dos cuidados centrados no doente. Compreende-se que as atitudes que estão menos de acordo com os cuidados centrados no doente são, naturalmente, inconscientes. Muitas vezes, a aplicação destas atitudes é vista como um factor complicador da relação de ajuda inviabilizando, assim, qualquer possibilidade de estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com os doentes. Torna-se, por isso, importante apostar na formação dos profissionais no sentido da compreensão de que a relação de ajuda e a comunicação eficaz da terapêutica são componentes que se forem melhoradas serão uma mais-valia no modo de funcionamento das unidades onde se prestam esses cuidados bem como contribuirão para aumentar o prestígio das mesmas e o grau de satisfação dos profissionais que nela trabalham.

Se este relatório contribuir para a reflexão sob o modo como cada um de nós, profissionais da área de oncologia, presta cuidados aos doentes e de que forma estes são centrados naqueles que mais deles precisam, os doentes, e se essa reflexão conduzir ao desenvolvimento e promoção de momentos de introspecção e formação pessoal, a sua autora considera ter realizado parte do seu objectivo quando se decidiu pela realização deste mestrado.

Cabe a cada profissional de saúde promover o seu crescimento pessoal e profissional, apostando no desenvolvimento de competências e perícias de comunicação pois estes são factores determinantes no processo de comunicação/interacção.

Segundo o estudo efectuado por Little et al (2001), a maioria dos doentes pretende uma abordagem centrada em si, pelo menos em três domínios importantes de acordo com a sua perspectiva: parceria, comunicação e promoção da saúde. Os autores concluíram que os médicos devem ser particularmente sensíveis aos indivíduos que se encontram vulneráveis ao nível psico-social ou que não se sentem particularmente bem. E, neste caso, as observações efectuadas durante o estágio e que constam deste relatório estão de acordo com esta perspectiva.

Acredita-se que as mudanças comportamentais e a adopção de melhores estratégias comunicacionais promoverão a melhoria dos cuidados e, ao conhecer melhor a realidade vivida na relação enfermeiro/doente oncológico pensa-se que

enfermeiros estarão mais bem posicionados para encorajar, desenvolver e implementar as estratégias necessárias para que os cuidados centrados no doente sejam eficazes e tragam maior satisfação a todos os intervenientes, através da colaboração na construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades dos doentes e das suas famílias na doença oncológica, mas de acordo com Frampton, S.,Guastello S., Brady C., Hale M., Horowitz, S., Bennett Smith,S., Stone, S.(October 2008) os cuidados centrados no doente não dizem respeito apenas aos enfermeiros, antes pelo contrário é uma função de cada membro da equipa multidisciplinar.

A implementação deste modelo de cuidados equivale a uma completa transformação da cultura organizacional e seu sucesso exige um envolvimento de cada departamento, clínico e não clínico, e a todos os níveis da organização, a partir do pessoal técnico para o pessoal médico e de administração. Cada membro da equipa deverá ser considerado um cuidador, e, conseqüentemente, deverá estar preparado para estar sensível às necessidades dos doentes e familiares.

SUGESTÕES

Dado que um dos problemas mais importantes identificado tem a ver com o facto de o doente não absorver toda a informação ou de compreender de forma incorrecta a informação dada na consulta de grupo, julga-se que seria pertinente fornecer logo após a consulta de grupo folhetos informativos sobre os tratamentos específicos propostos, o que permitiria ao doente confiar não apenas no que lhe diz a sua memória mas ler atentamente e com o tempo necessário, em particular durante o período que decorre entre a consulta de grupo e a consulta médica de preparação para o tratamento proposto, toda a informação pertinente para que, posteriormente, possa expressar com razão e compreensão do que é proposto, a sua vontade.

Os folhetos, que actualmente são entregues na consulta médica, conteriam, em particular, informação sobre os tratamentos propostos, o que se esperava alcançar com os mesmos, mas também sobre os possíveis efeitos colaterais e secundários. A vantagem de serem entregues logo após a consulta de grupo resultaria numa informação mais consistente e permitiria ao doente poder discutir com o seu médico na consulta seguinte.

Visto que outra das dificuldades identificadas foi o distanciamento emocional dos profissionais em relação com doentes, pensa-se que seria benéfico a realização de reuniões periódicas entre toda a equipa (com a presença ou não de um psicólogo), tendo em vista a discussão da situação clínica e não clínica do doente, o extravasamento das emoções, a discussão dos sentimentos entre todos para a compreensão generalizada dos sentimentos de alegria, de satisfação, de tristeza, de perda, de frustração e impotência à semelhança do que acontece no serviço de cuidados paliativos. Esta reunião, não sendo identificada como tal, acaba por unir a equipa numa perspectiva pluridimensional.

No IPO-Porto existem vários cursos de gestão emocional que são dirigidos aos profissionais e que os ajudam a lidar com as emoções o que, na perspectiva da mestranda, é de valor acrescentado. Contudo, pensa-se que o tipo de reunião que é proposto traria mais vantagens para equipa se fosse tratado no seu seio, visto a discussão ser mais concreta e concisa.

No que diz respeito ao desamparo e insegurança dos doentes e à sua capacidade para exprimir as suas dúvidas, julga-se que seria vantajoso e traria com certeza, mais tranquilidade aos doentes, se nas clínicas onde tal fosse possível existissem consultas mais regulares (dias de início de ciclo de Quimioterapia ou de semanas de Radioterapia), tal como já acontece no serviço de oncohematologia.

Queremos aqui enfatizar, mais uma vez, a necessidade de cada membro da equipa dever ser considerado um cuidador, e, conseqüentemente, dever estar sensibilizado e preparado para responder às necessidades dos doentes e seus familiares.

Neste sentido, um verdadeiro funcionamento em equipa, com uma interligação total entre todos, muito em especial entre o médico e o enfermeiro responsável pelo acompanhamento do doente, permitiria dar um passo muito firme na direcção de cuidados mais personalizados e humanizados.

No nosso entendimento, esta interligação só traria benefícios ao doente uma vez que para este a existência de um binómio médico/enfermeiro, que o conhecesse nas diferentes dimensões e realidades seria um factor de tranquilidade a que o doente poderia recorrer com mais facilidade. Quantas respostas a questões simples e muitas vezes apenas resultantes de um permanente estado de angústia poderiam sossegar quem vive o pânico de uma doença tão estigmatizada se tivesse à mão uma ajuda que, nessa altura, o doente entendesse como a mais apropriada.

Naturalmente que esta interligação pressupõe o real conhecimento das funções e responsabilidades de cada um através o dever individual em contribuir na sua área para o bem-estar do doente, traduzindo-se numa complementaridade e harmonia de cuidados.

Embora o número de médicos seja muito maior na clínica de hemato-oncologia do que na clínica de cabeça e pescoço (por exemplo) pensa-se que seria possível uma reorganização desta última, de modo a que dos doentes fossem acompanhados mais de perto pelos profissionais que os seguem, para que

pudessem ser reavaliados, colocar dúvidas e receios, fazer actualizações do plano terapêutico, etc.

Em resposta à falta de conhecimentos dos enfermeiros relativamente à realidade de outros serviços, o que leva muitas vezes a que, inadvertidamente, seja dada informação incorrecta aos doentes e familiares e consequentemente que estes se sintam inseguros dentro da instituição julga-se, de acordo com a experiência profissional e as sensibilidades apreendidas durante este estágio de mestrado, que seria de maior interesse para o doente que cada enfermeiro conhecesse a realidade dos locais que os doentes percorrem durante o seu percurso, pelo menos durante o tempo de integração à clínica, para que, perante as perguntas concretas dos doentes possa ser dada uma resposta com conhecimento pessoal do assunto em causa.

Durante o exercício profissional a mestranda pode observar que o internamento de medicina oncológica (piso 4) envia os enfermeiros em integração uma semana em observação ao Hospital de Dia para que conheçam a dinâmica do serviço, os procedimentos, os tratamentos a que os doentes são submetidos, etc.).

A título de exemplo: um enfermeiro em integração na clínica de digestivos deveria passar algum tempo (a designar pelos próprios serviços):

- No internamento onde ficam internados os doentes de patologia digestiva que foram submetidos a cirurgia;
- No internamento de medicina oncológica dedicado aos doentes de patologia digestiva;
- No hospital de dia e radioterapia, para se poder aperceber da realidade e dinâmica dos serviços;
- No serviço de gastroenterologia;
- No serviço de TAC, medicina nuclear, etc.

Este intercâmbio, além de permitir aos enfermeiros conhecer as diferentes realidades permitiria também aplicar alguns dos conhecimentos apreendidos na

sua prática diária nos cuidados ao doente e também compreender as situações pelas quais os doentes passam.

Esta articulação entre enfermeiros poderia atingir patamares superiores se fosse estendida aos locais de tratamento, de exames, etc. e incluísse a criação de grupos de trabalho nas clínicas de patologia onde seria possível conhecer outras realidades e estar a par das actualizações que ocorrem em cada serviço, concertar esforços, descobrir, discutir e implementar procedimentos uniformes num esforço permanente de bem estar do doente e família. Está claro que iria implicar um esforço de algumas proporções para a Instituição e profissionais, mas pensa-se que traria grandes benefícios para o doente.

No que diz respeito aos cuidados directos ao doente e no que respeita à enfermagem, pensa-se que seria importante repensar a forma como são efectuadas as notas de enfermagem que se fazem sobre o doente, e como foi dito anteriormente, a colheita de dados é efectuada várias vezes, por pessoas diferentes, que naturalmente enfatizam o que mais os sensibilizam e não verificam as notas anteriores para dar continuidade. Julga-se que este sistema poderia ser melhorado, quer com a criação dos grupos de trabalho por clínicas (supra citados), que por sua vez elaborariam um instrumento que servisse a todos de modo a que não houvesse informação repetida e sobretudo que não se perdesse informação que diz respeito à continuação de cuidados ao doente.

Por exemplo: na consulta de enfermagem são identificadas necessidades e elaborado um plano de cuidados a efectuar. Quando o doente é admitido ao internamento essa informação, se não estiver acessível e clarificada, é perdida e é efectuado novo plano no internamento, que após a alta deixa de ser monitorizado. Isto leva a uma perda de tempo substancial nos cuidados ao doente ao mesmo tempo que impede a realização de um plano de cuidados completo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arraras, J. I., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W.-C., Bergenmar, M., Costantini, A., Young, T., et al. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *European Journal of Cancer*, 46 (15), 2726-2738.

Change Foundation (2008). Who is the Puzzle maker? Patient/Caregiver Perspectives on Navigating Health Services in Ontario, The Change Foundation Health Integration Report. Recuperado em 2011, Julho 31, de http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn_Puzzle_Web.pdf

Coordenação nacional para as doenças oncológicas, (Dezembro de 2009), REQUISITOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM ONCOLOGIA: recuperado em 2011, Julho 31 de http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf

Emanuel & Emanuel, 1992, The physician – patient relationship, - JAMA, Abril 22/29, – vol257 nº16

Epstein RM, Street RL Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD, 2007.

Ernest H. Rosenbaum, MD, Holly Gautier, RN, BSN, Patricia Fobair, LCSW, MPh, and David Spiegel, MD, 2005, Initiating a community-based cancer supportive care program. Volume 2/Number 1 January/February 2005, COMMUNITY ONCOLOGY. Recuperado em 2011, Julho 31 de <http://www.communityoncology.net/journal/articles/0201073.pdf>

Frampton, S., Guastello S., Brady C., Hale M., Horowitz, S., Bennett Smith, S., Stone, S. (October 2008), PATIENT-CENTERED CARE IMPROVEMENT GUIDE. Picker Institute and Planetree. Recuperado em 2011, Julho 3, de <http://www.planetree.org/Patient-Centered%20Care%20Improvement%20Guide%2010.10.08.pdf>

Lewis Steven, (Julho, 2009). Patient-Centered Care: an introduction to what it is and how to achieve it -a discussion paper for the Saskatchewan Ministry of Health, Saskatoon SK. Recuperado em 2011, Julho 3, de <http://www.changefoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro.pdf>

Mckerns Leslie, 2007, What is Patient Centered Care and how is it Better? Recuperado em 2011, Julho 31 de http://www.selfgrowth.com/articles/What_is_Patient_Centered_Care_and_how_is_it_Better.html

Ordem dos enfermeiros, DEZEMBRO 2001, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Recuperado em 2011, Julho, 31 de www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem

Paul Little, Hazel Everitt, Ian Williamson, Greg Warner, Michael Moore, Clare Gould, Kate Ferrier, Sheila Payne, 2001, Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study, BMJ VOLUME 322 24 FEBRUARY 2001. Recuperado em 2011, Julho 31, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11222423>

Registo Oncológico Regional do Norte, Novembro 2010, ed. Porto, 2010.

Regulamento interno da clínica de mama (Novembro, 2007) Instituto português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE, versão 2

Regulamento interno da clínica de patologia digestiva, ed. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE.

Regulamento interno do instituto Português de Oncologia do Porto (Abril, 2006), Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE.

ANEXOS

ANEXO I

OBJECTIVOS PARA O ESTÁGIO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

De acordo com a regulamentação do curso de mestrado em Oncologia situado no manual, página 3, ponto 4.2.1:

“Na opção profissionalizante, realizar-se-ão estágios tutelados e especializados de aquisição e aprofundamento de competências profissionais, científicas e humanas na área de oncologia, através da aprendizagem de novas tecnologias e formas inovadoras de trabalho profissional que levem á aquisição de uma nova competência e ao desenvolvimento de actuações integradas, inter e multidisciplinares.”

Observando-se os objectivos gerais do estágio do mestrado em oncologia que decorrem da opção profissionalizante, a saber:

- Desenvolvimento de competências para cuidar da pessoa com cancro e sua família, nos diversos contextos da prática de cuidados;
- Desenvolvimento de competências que permitam assumir um papel activo na equipa multidisciplinar tendo em vista a maximização da qualidade dos cuidados à pessoa com cancro e sua família;

E, tendo em conta a minha experiência de 6 anos como enfermeira do IPO, em internamento de medicina oncológica, apresentam-se, a seguir, os objectivos específicos do estágio para cada uma das (clínicas) onde o mesmo se desenvolve.

ANEXO II

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DA CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DA MAMA

- Conhecer o funcionamento da clínica de mama;
- Conhecer os procedimentos efectuados pela equipa de enfermagem;
- Colaborar com a equipa nas actividades desenvolvidas;
- Aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos sobre a patologia de mama e cuidados de enfermagem a ela associados;
- Ter uma participação activa na relação com as doentes e suas preocupações;
- Acompanhar as doentes nas diferentes fases da sua passagem pela clínica de mama (Consulta de Grupo, Consultas de Oncologia Médica e Cirúrgica, Planeamento Cirúrgico, Consulta de Enfermagem e Ensinos de Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia).

ANEXO III

OBJECTIVOS ONCOHEMATOLOGIA

- Aprofundar competências na avaliação inicial na 1ª consulta de enfermagem e consultas subsequentes nas diferentes fases da doença e tratamentos;
- Aprofundar competências nos diagnósticos de enfermagem, nomeadamente na adesão e gestão do regime terapêutico instituído;
- Aprofundar competências de intervenção na promoção de uma gestão e conhecer novas técnicas e procedimentos inovadores a ser utilizados, bem como investigação em curso nesta área de cuidados.

ANEXO IV

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

- Aprofundar competências na avaliação inicial na 1ª consulta de enfermagem do doente admitido no Serviço de Cuidados Paliativos;
- Aprofundar competências de diagnóstico e de intervenção no controlo de sintomas, nomeadamente no controlo da dor;
- Aprofundar competências no sentido reconhecer e de lidar com as estratégias de coping adoptadas pelo doente e familiares.

ANEXO V

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DA CLINICA MULTIDISCIPLINAR DE CABEÇA E PESCOÇO

- Aprofundar competências na avaliação inicial na 1ª consulta de enfermagem e consultas subsequentes nas diferentes fases da doença e tratamentos;
- Treinar competências instrumentais na área de tratamento de feridas e ostomias de ventilação;
- Aprofundar competências de intervenção na reconstrução da autonomia do doente de cabeça e pescoço (estomaterapia, alimentação, higiene, etc.) e/ou capacitação do prestador de cuidados para o exercício do seu papel;
- Conhecer projectos de investigação em curso assim como a avaliação por rotina da qualidade de vida relacionada com a saúde nos doentes de cabeça e pescoço.

ANEXO VI

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DA CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGIA DIGESTIVA

- Aprofundar competências na avaliação inicial na 1ª consulta de enfermagem e consultas subsequentes nas diferentes fases da doença e tratamentos;
- Treinar competências instrumentais na área de tratamento de feridas e ostomias de eliminação;
- Aprofundar competências de intervenção na reconstrução da autonomia do doente com patologia digestiva (estomaterapia, alimentação, higiene, etc.) e/ou capacitação do prestador de cuidados para o exercício do seu papel;
- Conhecer projectos de investigação em curso e procedimentos inovadores, como call-center na gestão dos efeitos adversos em doentes a fazer QT oral e consulta de follow-up no cancro colo rectal de baixo risco.