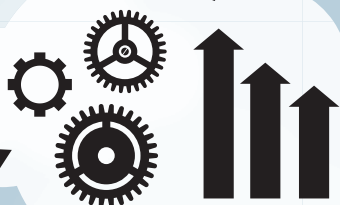


Enf^{orm} ação

Enfermagem em contínuo movimento

Qualidade



Acreditar



N.º 3 > Dez13>Jan-Fev14
ISSN 2182-8261

 ACE

Analgesia por DIB no Controlo da Dor:
Intervenções de Enfermagem

A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos

editorial

Conselho Directivo

Filomena Leal
Elsa Folgado
Emília Bártolo
Lino Janeiro
Helena Xavier
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial

Fátima Ramalho
Helena Xavier
Maria Falcão
Paula Duarte
Ricardo Braga
Ivete Monteiro
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Maria das Neves Dinis
Raquel Correia
Pedro Jácome
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 451 / 218 841 486
Fax 218 864 616

Design Gráfico

Cognição
www.cognicao.pt

Revista Digital

Periodicidade Quadrimestral
ISSN 2182-8261

Filomena Leal

Presidente



Acreditamos...

O mar seria menor se
lhe faltasse uma gota.

Caros Colegas,

Mais um ano passou, mais um triénio terminou (2011-2013) e tem início um novo desafio para esta Associação.

Em **24 de Janeiro de 2014** realizar-se-ão as eleições para os novos corpos sociais da ACE.

Acredito que os sócios vão ter um papel ativo nas eleições votando e contribuindo para a continuidade desta Associação cujo propósito **é, e sempre será, dar Visibilidade**, pela formação, ao papel da Enfermagem do CHLC, EPE.

A minha sensibilidade como Pessoa, Enfermeira e Presidente desta Associação desde 2002, diz-me que o percurso não tem sido linear. Existiram momentos de maior evidência e projeção, instantes de recuo perante algumas adversidades, mas, não posso deixar de realçar o trabalho dos diferentes corpos sociais que sempre responderam prontamente ao meu apelo.

Nós, Acreditamos nos Enfermeiros.

Nós, Acreditamos que Formar é Qualidade.

Nós, Acreditamos que todos os profissionais de saúde, são partidários de uma causa nobre, Cuidar com Excelência.

É difícil realizar uma autoavaliação pública e com o mínimo de vocábulos. Como posso avaliar o meu desempenho como líder deste grupo, sem pensar nas seguintes palavras: Vontade, Acreditar, Partilhar, Lutar, Gostar. Mas, para alcançar os objetivos que nos propusemos foi necessário atingir alguns patamares. Gostaria de evidenciar que tudo foi e é possível realizar pelo espírito de cooperação, interagida e envolvimento entre todos os elementos dos corpos sociais e com a colaboração dos sócios, enfermeiros e outros grupos profissionais. Grupos muito heterogéneos, esforçados e que acreditam que um projecto formativo é uma ponte de sabedoria que devemos sempre percorrer para atingir um maior número de competências pessoais e profissionais.

Acredito que nada se faz sozinho e a Enfermagem não está numa redoma, pelo contrário, somos do Mundo e para o Mundo. Os Utentes e as Famílias necessitam de nós.

O futuro é sem dúvida uma incógnita. Por vezes, até o presente o é.

Interrogo-me se no contexto actual não se corre o risco de perder valores essenciais nesta profissão/arte que é a Enfermagem. Para tal não acontecer, na minha óptica, não se podem desperdiçar momentos que por vezes, breves, valem ouro. Comuniquem uns com os outros, reflitam a prática, dêem ideias. Apesar das dificuldades, nós os Enfermeiros sempre fomos Gigantes, Descobridores, Essenciais, Humanistas e Vencedores.

Não desistam. Da minha parte, lutarei sempre pela continuidade da ACE, pela Enfermagem.

Visitem o site da ACE no qual se encontra divulgado todo o processo eleitoral. Contamos convosco.

Termino, com o seguinte pensamento de Madre Teresa de Calcutá, que dedico a todos, neste novo ano que começa:

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Associem-se a nós.

Feliz Ano Novo. Um Abraço

Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE
Hospital S. José Lisboa - Pena
Rua José António Serrano
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 315 • Fax: 218 841 087

+ inovação
+ benefícios
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
 - Apoio à formação / investigação
 - Protocolo de cooperação
 - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
 - Submissão e publicação de artigos na revista
 - Biblioteca de artigos publicados
 - Revista digital
- Links de utilidade profissional



Promova o nosso site!

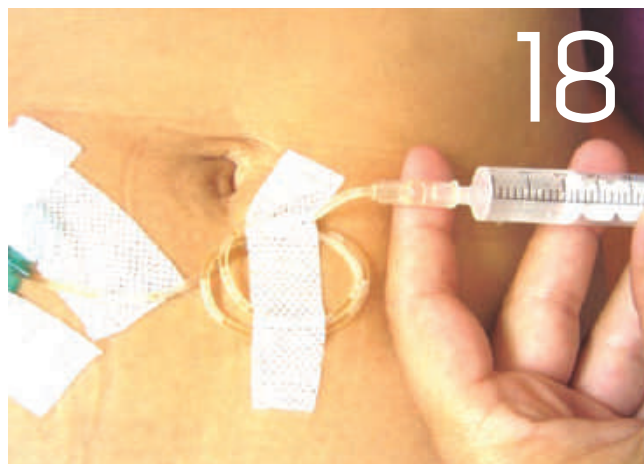
www.acenfermeiros.pt

14
**Analgesia por DIB
no Controlo da Dor:
Intervenções de Enfermagem**

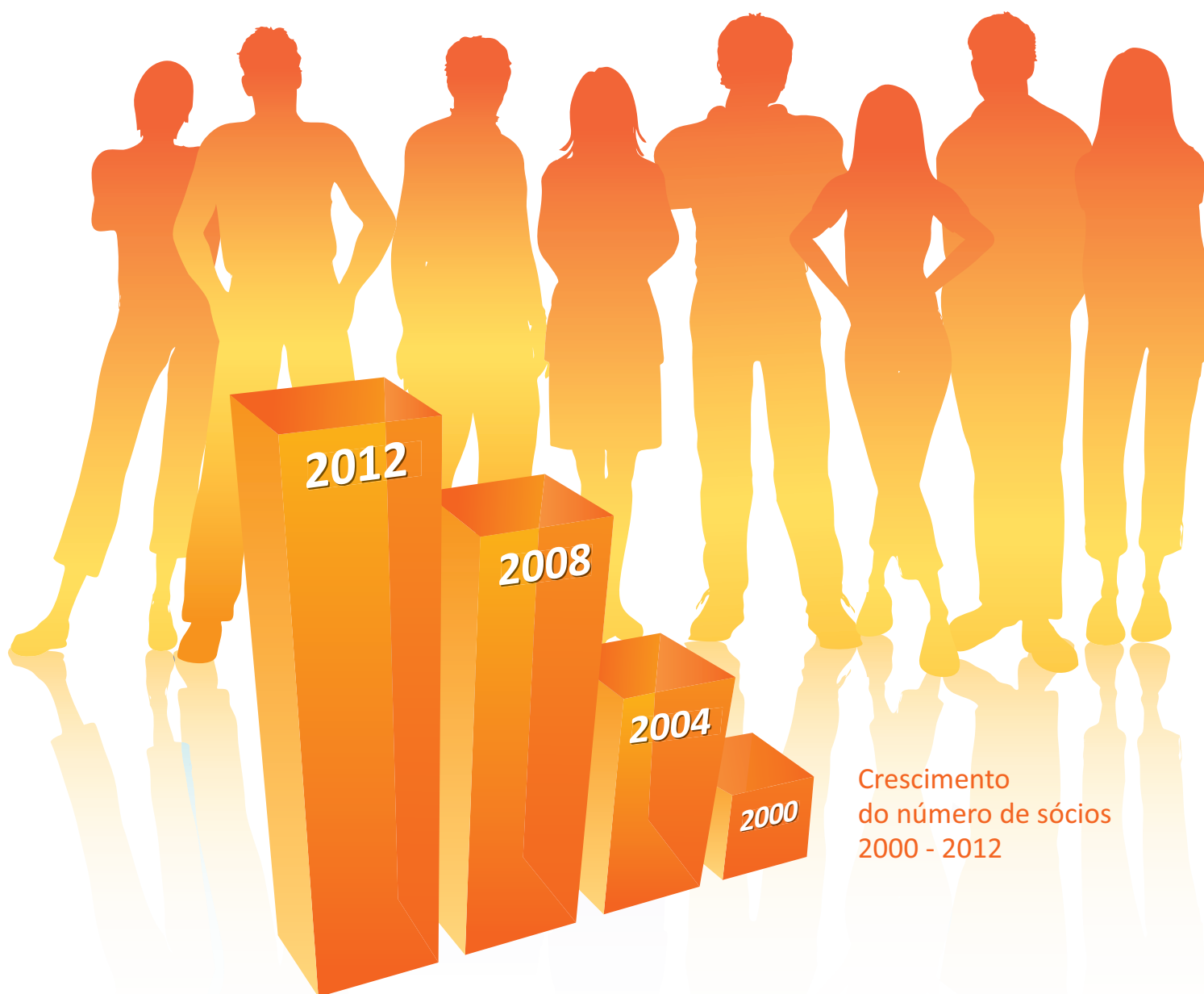
Patrícia Isabel Marques Norte e
Pedro Miguel da Silva Jácome de Sousa

18
**A Via Subcutânea em
Cuidados Paliativos**

Elsa Marinela, Lara Rodrigues
e Patrícia Almeida



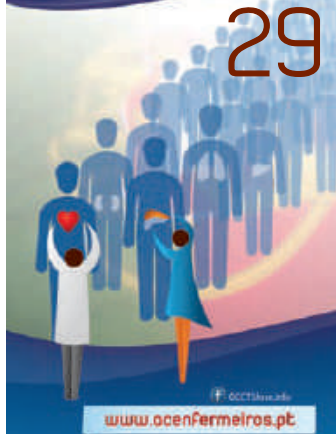
Apesar de todas as intempéries, desde 2000 que estamos a crescer e a apoiar cada vez mais os nossos sócios.



Crescimento
do número de sócios
2000 - 2012

Faz-te sócio em www.acenfermeiros.pt
VEM CRESCER CONNOSCO!

Enf orm ação



VISIBILIDADE

08 CHLC sempre a mexer

Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

09 Enfermagem na actualidade

Homenagem

Sra. Enfermeira Mariana Dulce Diniz de Sousa (1929- 2013)

1.ª Bastonária da Ordem dos Enfermeiros
Helena Xavier

AGENDA

13 Calendário

Eventos e actividades ACE

EMPENHO

26 Entrevista

Alexandrina Rodrigues
Enfermeira Supervisora e Adjunta da Estrutura Central da Coordenação da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD)

10 Marcar a diferença

Associações do CHLC
Liga dos Amigos e Utentes do Hospital de Santo António dos Capuchos (LAU)
Fátima Santos e Solange Lopes

11 Viver Verde

Poupar e Evitar o desperdício alimentar
Ações para um desenvolvimento sustentável do planeta

EVIDÊNCIA

Aconteceu

29 2.ªs Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) do Hospital de S. José - CHLC
Maria da Cruz Palma e Maria João Xavier



sempre mexer

Fátima Palmeiro
Gabinete de Assessoria e Comunicação
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC

Operação Nariz Vermelho inaugurou programa de visitas ao Hospital de Santa Marta

A Operação Nariz Vermelho (ONV) inaugurou oficialmente, em Novembro, o programa de visitas ao Hospital de Santa Marta, Lisboa, que tem como padrinho o ator Nicolau Breyner. O convite partiu do serviço de Cardiologia Pediátrica deste hospital, que passa assim a receber uma visita semanal de uma dupla de "Doutores Palhaços".

O financiamento deste programa, oferecido ao hospital, está garantido durante um ano através do apoio financeiro da Colgate, resultado da campanha "Vamos Fazer Portugal Sorrir", que teve como principal objetivo apoiar a visita dos "Doutores Palhaços" às crianças hospitalizadas.



Postais de Natal divulgam património do Hospital de S. José

Nos últimos meses o CHLC teve o privilégio de obter o apoio de especialistas de várias áreas do património artístico que se debruçaram sobre as 8 pinturas da Capela do Hospital de S. José que se encontram por cima dos arcazes.

A fotógrafa Rosa Reis acedeu de imediato a fotografar as imagens e a Sra Doutora Ana Paula Rebelo Correia, especialista e professora de Iconografia, tendo em atenção a iconografia muito particular destas pinturas, identificou as imagens que foram transformadas em postais de Natal.

As 8 pinturas representam episódios da vida de Maria e episódios da vida de Jesus.

Os temas são os seguintes: 1. Nascimento de Maria; 2. Entrada de Maria no templo; 3. Casamento de Maria e José; 4. Anunciação do anjo Gabriel a Maria; 5. Visitação; 6. Natividade e adoração dos pastores; 7. Assunção de Maria; 8. Imaculada Conceição.

Os postais poderão ser adquiridos na Capela e Biblioteca do Hospital de S. José.



Seminário discute património azulejar do CHLC

A investigação sobre os edifícios hospitalares de interesse histórico e patrimonial tem evoluído consideravelmente nos últimos anos.

O estudo documental, material e iconográfico de instituições ligadas à medicina e saúde permite o cruzamento de distintas áreas do saber (História, História da Arte, História da Ciência, Estudos de Património, Arquitetura, Sociologia, etc.) e engloba múltiplas fontes e vertentes de análise – das estruturas edificadas às redes nacionais e internacionais, das coleções de espécimes e equipamento à arte integrada, das relações com o poder à circulação de ideias, objectos e pessoas.

Destaque-se a intervenção de Rosário Salema de Carvalho, IHA/Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa/ Rede Temática em Estudos de Azulejaria e Cerâmica João Miguel dos Santos Simões, intitulada "Azulejos nos hospitais. O inventário do património azulejar do Centro Hospitalar de Lisboa Central".

CHLC ganha Prémio do Programa para a Excelência nas Compras da Administração Pública

Mais uma vez, colaboradores do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) foram premiados pelo Programa para a Excelência nas Compras da Administração Pública, promovido em parceria com a Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), a Associação Portuguesa dos Mercados Públicos (APMEP) e a European Vortal Academy (eVA).

Este programa tem como objectivo contribuir para a excelência na contratação pública, promovendo as boas práticas, a concorrência e a transparência nas adjudicações resultantes de ajustes directos. Premeiam-se as entidades que

convidem um maior número de fornecedores a responder a ajustes directos na plataforma da Vortal.

Na qualidade de utilizador da plataforma da Vortal foi distinguido o colaborador Paulo Monteiro com o Prémio Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa.

O Prémio European Vortal Academy (eVA), do Programa para a Excelência nas Compras da Administração Pública distinguiu as colaboradoras Vera Carvalho e Vânia Veiga.



Enfermagem

na actualidade

VISIBILIDADE

Enf. Helena Xavier



Homenagem

Sra. Enfermeira Mariana Dulce Diniz de Sousa (1929- 2013)

1.ª BASTONÁRIA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Mariana Dulce Diniz de Sousa nasceu a 24 de Abril de 1929, tendo falecido no dia 17 de julho de 2013.

Apresentou um percurso académico invejável, desistindo do curso de medicina para ser enfermeira.

Formou-se em Enfermagem na Escola Técnica de Enfermeiros (1952), tendo prosseguido a sua formação pós-básica na Universidade de Yale, em Administração e Pedagogia Aplicada à Enfermagem. Posteriormente, frequentou o Curso de Administração Hospitalar na Escola de Saúde Pública.

Mariana Diniz de Sousa foi Enfermeira, Professora, Enfermeira Diretora da Escola de Ensino e Administração da Saúde, Consultora de Ministros, Diretora Geral do Departamento de Recursos Humanos da Saúde e a 1ª Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (1999-2003).

Foi sobretudo uma mulher exigente consigo, com a profissão e com o ensino que organizou em moldes modernos e responsáveis, deixando um legado importante na afirmação e valorização da profissão de enfermagem e dos enfermeiros.

Fonte: <http://www.ordemenfermeiros.pt>



Marcar a diferença

Fátima Santos e Solange Lopes

Acompanhando diariamente o excelente trabalho desenvolvido pelas Associações do CHLC, em prol da solidariedade e justiça social dos utentes/família, a comissão redatorial irá divulgar o trabalho desenvolvido destas mesmas associações, nas próximas edições, iniciando com a **Liga dos Amigos e Utentes do Hospital de Santo António dos Capuchos (LAU HSAC)**.

A LAU - Liga dos Amigos e Utentes do Hospital de Santo António dos Capuchos / Desterro / Arroios, é uma instituição Particular de Solidariedade Social que atua preferencialmente na área da saúde, constituída em 1996, por iniciativa de Assistentes Sociais deste grupo hospitalar, integra atualmente nos seus corpos sociais e equipa técnica, pessoal hospitalar médico e de enfermagem, jurista / advogado, gestor / técnico oficial de contas, arquitecto, assistentes sociais e voluntários, entre outros.

A atuação da LAU assenta em determinados valores, nomeadamente:

- **Solidariedade** – acolhendo com carácter solidário todos os que recorrem aos nossos serviços, tentando adequar a resposta segundo as suas necessidades e especificidades;
- **Respeito/Ética** – respeitando a condição e características de todos os que apoiamos e daqueles que conosco colaboram;
- **Confiança** – criando uma relação de confiança mútua, de forma a proporcionar segurança aqueles que conosco colaboram.

Dentro dos objectivos que lhe são atribuídos nos estatutos, pretende a dinamização e sensibilização da comunidade tendo em vista dar expressão organizada à solidariedade e à justiça social entre os indivíduos, e entre estes e as organizações, nomeadamente, através da prestação de apoio aos utentes, familiares e amigos do Hospital de Santo António dos Capuchos e comunidade em geral, disponibilizando resposta que vão ao encontro das suas necessidades.

Esta organização pretende prestar um serviço cada vez mais qualificado, tendo em vista a satisfação das necessidades dos utentes/sócios.

Assim, no âmbito dos seus objetivos, conta com um banco de ajudas técnicas para auxílio à reabilitação dos doentes, serviço de transporte de utentes para realizar tratamentos de fisioterapia no Centro Hospitalar, serviço de apoio domiciliário (pós e pré-hospitalar e dependentes), uma “farmácia solidária” para apoiar os mais desfavorecidos, cedência de suplementos alimentares e sacos para ostomia, um grupo de voluntariado que presta apoio nos serviços do Hospital e, ainda, um conjunto de serviços ao domicílio, nomeadamente: fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, etc.

Contactos: Tel: 21 313 64 60 | E- mail: lau.hsac@gmail.com | www.lauhsac.blogspot.com

Ações

para um desenvolvimento sustentável do planeta

Desperdício alimentar: reciclar comida também é poupar

Usar sobras de carne num empadão ou transformar pão duro em torradas são formas simples de evitar o desperdício.

A Europa desperdiça todos os anos milhões de toneladas de alimentos. Só Portugal manda para o lixo cerca de 1 milhão de toneladas, 324 mil das quais em casa dos consumidores, revela o Projeto de Estudo e Reflexão sobre Desperdício Alimentar (PERDA), desenvolvido pelo Centro de Estudos e Estratégias para a Sustentabilidade, em 2012.



Para além das implicações económicas do desperdício alimentar, temos também questões ambientais e sociais.

Se há bens desperdiçados devido a normas de qualidade que rejeitam alimentos quando a forma e a aparência são imperfeitas, há também falhas no planeamento das compras das famílias.

Segundo o PERDA, em Portugal, a maior fatia de alimentos que vai para o lixo é desperdiçada em casa. Sobretudo frutas, produtos hortícolas e pão, mas também de carne e peixe. Numa altura em que, de acordo com este organismo, se estima ser necessário aumentar a produção alimentar em 70%, para dar de comer aos 9 mil milhões de habitantes que se estima existirem em 2050, como pode existir ainda tanto desperdício?

O Parlamento Europeu já deu o mote: reduzir para metade, até ao ano de 2025, o desperdício alimentar na União Europeia.

<http://www.deco.proteste.pt/alimentacao/produtos-alimentares/dicas/desperdicio-alimentar-reciclar-comida-tambem-e-poupar>

Receitas saborosas

para poupar e evitar
o desperdício alimentar



Beringelas gratinadas com recheio de sobras

Entrada | 2 porções | Preparação: 25 minutos
Confeção: 30 minutos | Muito Fácil



Ingredientes:

2 berinjelas médias cortadas ao meio na longitudinal;
Sobras de peru assado da ceia de Natal qb;
Cebolinhas verdes picadas;
Parmesão ralado grosso qb;
Pão ralado qb;
Azeite qb;
Sal qb.

Preparação:

Etapa 1: Aquecer o forno a 180/200 graus. Com a ajuda de uma colher, retirar o miolo das metades das berinjelas, picar bem e reservar. Picar também os restos do peru. Numa travessa colocar um pouco de azeite, juntar as berinjelas e as cebolinhas picadas e deixar amolecer bem. Ajustar o sal e reservar.

Etapa 2: Colocar o recheio nas metades das berinjelas, colocar também uma camada de parmesão e polvilhar com pão ralado.

Etapa 3: Levar ao forno e deixar gratinar. Servir imediatamente.

Etapa 4: *O pulo do Chef:* A adição do miolo das berinjelas picadas confere a cremosidade ao recheio. A adição do pão ralado contribui para que fique crocante.

Neste caso usamos as sobras de peru assado, mas poderia ser de qualquer outra carne. Muitos outros ingredientes podem ser adicionados a este recheio, como ovo cozido, ervilhas, cenoura, abobora, salsa, batatas, etc. Deixe a criatividade voar!!!



Pudim de pão velho

Sobremesa | Preparação: 15 Minutos
Confeção/Cozedura: 25 Minutos | Muito Fácil



Ingredientes:

6 a 8 pães velhos, tipo francês
4 ovos inteiros
3 colheres de açúcar (ou a gosto)
1 pacote de coco ralado
1 colher de margarina
1/2 lata de leite condensado (opcional)
2 copos de leite

Preparação:

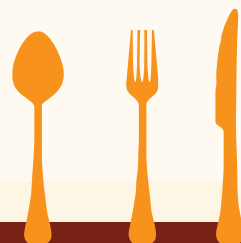
Etapa 1: Numa tigela, coloque os pães de molho com um pouco de água até ficarem bem moles.

Etapa 2: Com as mãos esprema os pães até obter uma massa tipo cerelac; em seguida, acrescente os outros ingredientes (menos o coco ralado) e mexa bem.

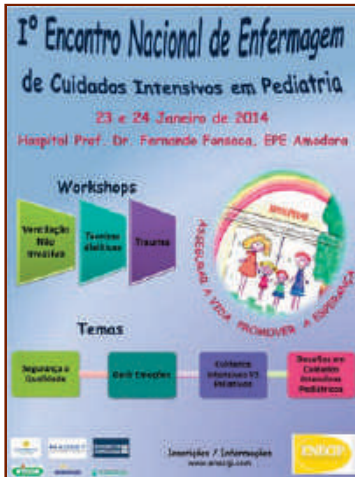
Etapa 3: Unte uma forma com óleo, polvilhe com farinha e despeje a massa.

Por fim, polvilhe com o coco ralado e leve ao forno a 250° por ± 25 minutos ou até dourar a parte de cima.

Desenforme e coloque num prato de festa.



agenda

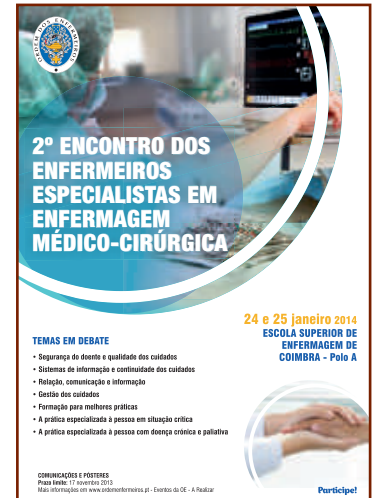


▶ 23-24 janeiro

I.º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE na Amadora

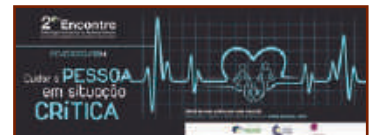
▶ 24-25 janeiro

2.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Polo A), em Coimbra



▶ 12 a 14 fevereiro

2.º Encontro de Enfermagem Cuidar a Pessoa em Situação Crítica
Em Coimbra, no dia 12 decorre no Pólo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com cursos práticos, e a 13 e 14 realizam-se no Centro de Congressos dos HUC.



▶ 15-16, 22-23 fev. e 1 março

Programa de Formação «Mental Health Facilitator»
Promovido pelo European Board for Certification Counselors (EBCC), em Lisboa. Pretende-se habilitar os profissionais da saúde com as competências de ajuda necessárias para saber identificar, avaliar e encaminhar problemas relacionados com a saúde mental e assim atuar como primeira linha de apoio.

▶ 6-7 março

I Congresso Internacional: A pessoa em situação crítica
Campus de Gualtar, Braga
Organização: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.



▶ 27 a 29 março

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação da EEnFC
Organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em Coimbra.
Tema: **A pessoa, função e autonomia: reabilitar nos processos de transição».**



Analgesia por DIB no Controlo da Dor: Intervenções de Enfermagem

RESUMO

A dor como fenómeno subjectivo e multidimensional exige que o seu tratamento/controlo seja realizado por uma equipa multidisciplinar, na qual a criança e família se incluem.

Uma das estratégias farmacológicas frequentemente utilizadas é a administração de analgesia intra-venosa ou epidural através de um **Drug Infusion Ballon (DIB)**. A utilização do DIB apresenta vantagens e desvantagens, sendo que os cuidados de enfermagem na preparação e manutenção/otimização do DIB são de extrema importância tendo em vista o adequado funcionamento deste dispositivo.

INTRODUÇÃO

Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital Dona Estefânia (HDE), são admitidas inúmeras crianças/adolescentes que, após uma intervenção cirúrgica complexa, necessitam de uma vigilância hemodinâmica rigorosa no período pós-operatório. Durante este período de tempo, o controlo da dor é um aspecto primordial, na medida em que permitirá à criança/adolescente e à sua família uma recuperação mais rápida e uma maior colaboração nos cuidados. Tal, contribuirá igualmente para minimizar a ansiedade e o medo perante um ambiente desconhecido.

Com este artigo pretendemos, assim, formular um procedimento, de fácil consulta, com as principais características destes dispositivos e ações que os enfermeiros deverão ter em conta para, uma utilização eficaz dos mesmos.

O que é o DIB?

O DIB, de acordo com LEÇA e LEÇA (2006, p.38) consiste numa “bomba de perfusão portátil, descartável que permite a administração de medicação a uma velocidade constante ou variável.” Ainda segundo os mesmos autores (2006), o DIB é formado por um reservatório protegido por uma capa externa rígida de plástico, ligado a um sistema de perfusão.

A escolha do DIB é realizada de acordo com a duração da perfusão desejada (VALADAS, 2003). Existem vários tipos de dispositivos (intra-venoso, epidural e subcutâneo), sendo os mais utilizados no HDE, os intra-venosos.

O quadro 1 apresenta alguns modelos de DIB's para infusão intra-venosa e epidural.

QUADRO 1

DIB'S para infusão intra-venosa e epidural

Volume	Tempo Pré-fixado	Débito
40 ml	12 horas	3,3 ml/h
40 ml	24 horas	1,67 ml/h
40 ml	72 horas	0,56 ml/h
50 ml	12 horas	4,17 ml/h
50 ml	24 horas	2,08 ml/h
50 ml	48 horas	1,04 ml/h
100 ml	168 horas	0,6 ml/h

Fonte: POLYMEDIC, produtos para a anestesia loco-regional (2008) [adaptado].

“ O controlo da dor é um aspecto primordial, na medida em que permitirá à criança/adolescente e à sua família uma recuperação mais rápida e uma maior colaboração nos cuidados. ”

Os fármacos mais frequentemente administrados, no nosso serviço, através dos DIB's são o Tramadol, Droperidol, Morfina e Metoclopramida.

Vantagens/Desvantagens dos DIB's

A utilização dos DIB's para administração de analgesia e controlo da dor, revela-se vantajoso uma vez que: (LEÇA & LEÇA, 2006; VALADAS, 2003)

- Funcionam com uma pressão interna constante, o que proporciona um fluxo permanente de medicação;
- Não necessitam de fontes de energia para o seu funcionamento;
- Não possuem alarmes sonoros e visuais, contribuindo para a redução dos factores de stress;
- Permitem a administração de fármacos em simultâneo;
- Podem ser utilizados por via subcutânea, intra-venosa ou epidural;
- São portáteis, pequenos, leves e de fácil manuseamento;
- São transparentes, o que possibilita visualizar os fármacos a administrar.

Porém, os DIB's podem revelar-se desvantajosos, no que diz respeito aos seguintes aspectos: (LEÇA & LEÇA, 2006)

- Não possuem alarmes sonoros ou visuais que indiquem o término da perfusão e/ou obstrução do acesso venoso;
- A velocidade de perfusão é passível de alteração devido a variações de temperatura e/ou pressão e à viscosidade de alguns fármacos;
- Impossibilidade de alterar o ritmo de infusão pré-estabelecido;
- Aumento do tempo de administração em 10%, caso a perfusão não seja iniciada nas 8 horas seguintes ao preenchimento do dispositivo.

Modo de Funcionamento

A infusão do(s) fármaco(s) ocorre por meio de uma pressão interna permanente do balão, o que proporciona um débito ininterrupto de medicação durante o período de perfusão (Figura 1). Do dispositivo faz também parte uma válvula unidireccional, que impede o refluxo da medicação.

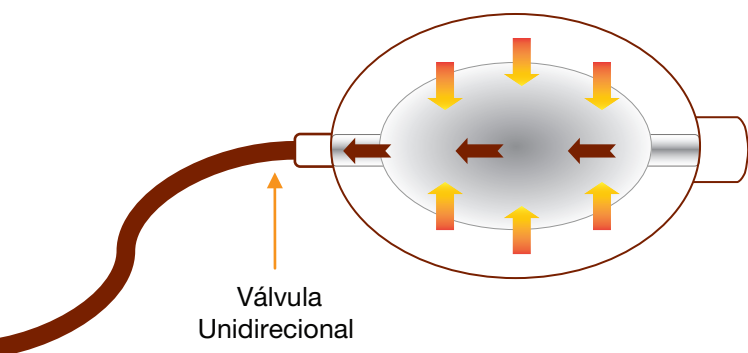


Figura 1 - Mecanismo de funcionamento do DIB

De acordo com o tipo de dispositivo utilizado, assim permanecerá a infusão por um período maior ou menor de tempo (LEÇA & LEÇA, 2006; VALADAS, 2003).

Cuidados de Enfermagem

A avaliação, prevenção e tratamento/controlo da dor é das atividades mais complexas que os profissionais de saúde desenvolvem em pediatria. O enfermeiro, enquanto membro da equipa de saúde que permanece junto da criança/adolescente ao longo das 24 horas do dia, tem uma grande responsabilidade nesta área.

No contexto da UCIP, apesar da preocupação com o controlo da dor, não é prática a prescrição de analgesia por DIB, embora a administração dos analgésicos por este meio se verifique quando algumas das crianças trazem este dispositivo do Bloco Operatório. Assim sendo, e embora a preparação dos DIB's não seja feita na unidade, consideramos relevante que o enfermeiro detenha esses conhecimentos, bem como os inerentes ao seu adequado funcionamento.

Cuidados na preparação

1. Utilizar técnica asséptica;
2. Preencher o DIB (reservatório) de acordo com a prescrição médica;
3. Introduzir o Soro Fisiológico ou a Dextrose 5% antes do(s) fármaco(s), ou preparar a perfusão em seringa e só depois preencher o DIB, pois será o primeiro líquido introduzido que irá preencher o prolongamento (Foto 1);
4. Eliminar possíveis bolhas de ar antes de introduzir a solução no reservatório;
5. Colocar no DIB rótulo com a identificação e dosagem do fármaco, hora e data de preparação, identificação do utente a que se destina e do enfermeiro responsável pela preparação (Foto 2);
6. Se necessário, puncionar acesso venoso periférico;
7. Adaptar o prolongamento do DIB ao *abocath* ou *butterfly* (pode perfundir, simultaneamente com soro, mediante a compatibilidade dos fármacos);

8. Fixar o DIB de forma segura, para evitar que se solte;
9. Esclarecer a criança/adolescente e família sobre o funcionamento do DIB, utilizando linguagem adequada.

Cuidados no manuseamento/otimização

1. Vigiar frequentemente o local de punção, com vista a detectar precocemente sinais de obstrução, infiltração ou flebite;
2. Despistar eventuais efeitos secundários/reações medicamentosas, resultantes da administração da medicação;
3. Avaliar e registar a dor;
4. Após o término da administração do fármaco, o acesso venoso poderá ser utilizado para administração de outros medicamentos e/ou soros;
5. Não reutilizar o dispositivo, visto que após a primeira utilização, os materiais constituintes podem sofrer variações (alteração do ritmo de infusão, obstrução/não infusão, diminuição dos efeitos da analgesia).

O Controlo da dor

Todos os procedimentos, mais ou menos invasivos, geram uma resposta desagradável, habitualmente identificada como dor ou desconforto. Esta sensação pode no entanto ser eliminada ou mesmo atenuada, se a equipa de saúde estiver empenhada e motivada para a prevenção e controlo da dor.

O enfermeiro, enquanto elemento dessa equipa, deve estar desperto para identificar precocemente sinais de dor. Consequentemente, cabe-lhe também mobilizar medidas que previnam ou reduzam os níveis de dor, bem como avaliar os resultados das estratégias implementadas.

Durante a hospitalização, refere HOCKENBERRY (2006), a lesão corporal e a dor são um dos principais factores geradores de *stress* na criança, tomando características diferentes e particulares em cada estágio do desenvolvimento.

Dado que a dor é extremamente difícil de avaliar, não só por ser uma experiência subjetiva, como também porque cada um tem a sua própria percepção, e a descreve e relata de forma diferente, a avaliação e controlo da dor depende da idade/estádio de desenvolvimento, assim como de experiências anteriores, dos valores e dos modelos culturais.

Diferentes umas das outras, as crianças/adolescentes podem negar a dor para se mostrarem valentes, ou mesmo exagerarem para chamar a atenção. Atendendo a este facto, é primordial que o enfermeiro perante a verbalização de dor acredite que esta é aquela que a criança/adolescente diz que é, mas também saiba avaliar a sua existência quando a criança/adolescente não o pode fazer (PIMENTEL, 2001).

Para a compreender tem que, primeiro que tudo, acreditar na criança/adolescente, aceitando a dor tal como ela a refere e tentando identificar a causa. Esta meta só é possível se respeitarmos a sua individualidade, se conseguirmos saber escutar e questionar, criando uma relação empática, e envolvendo-a no planeamento das estratégias de tratamento/controlo.

Promover actividades lúdicas, permite muitas vezes à criança/adolescente representar os seus medos e enfrentar a ansiedade. O desenvolvimento de atividades que vão desde a leitura aos jogos, música, televisão, pintura, possibilita ao utente pediátrico encarar de forma positiva e menos ameaçadora a dor, assim como a sua estadia no hospital. Só assim se poderá ter sucesso na implementação de estratégias não farmacológicas que, em associação com a intervenção farmacológica, facilitará o controlo e/ou alívio da dor.

BIBLIOGRAFIA

HOCKENBERRY, Marilyn J. – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7.ª Ed. Rio de Janeiro. Elsevier Editora, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

LEÇA, Nélio; LEÇA, Sónia – DIB's e Intervenções de Enfermagem. Anestesia Regional e Terapia da Dor. Carcavelos. ISSN 0872-5888. N.º 44 (Junho 2006), pp.38-40.

PIMENTEL, M. Helena – Preparação pré-operatória da criança e da família. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 49, n.º 4 (Julho/Agosto 2001), pp.172-177.

POLYMEDIC – Produtos para a anestesia loco-regional. Bombas de perfusão elastómeras, pré-reguladas e portáteis [on-line]. [consult. em 26 de Setembro de 2008]. Disponível em: <http://www.temena.es/imagenes/catalogos/catalogo-14.pdf>

VALADAS, Maria Berjano – Controle da Dor Aguda no Pós-operatório Imediato. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 48 (Maio 2003), pp.58-61.



Foto 1. Preparação do DIB



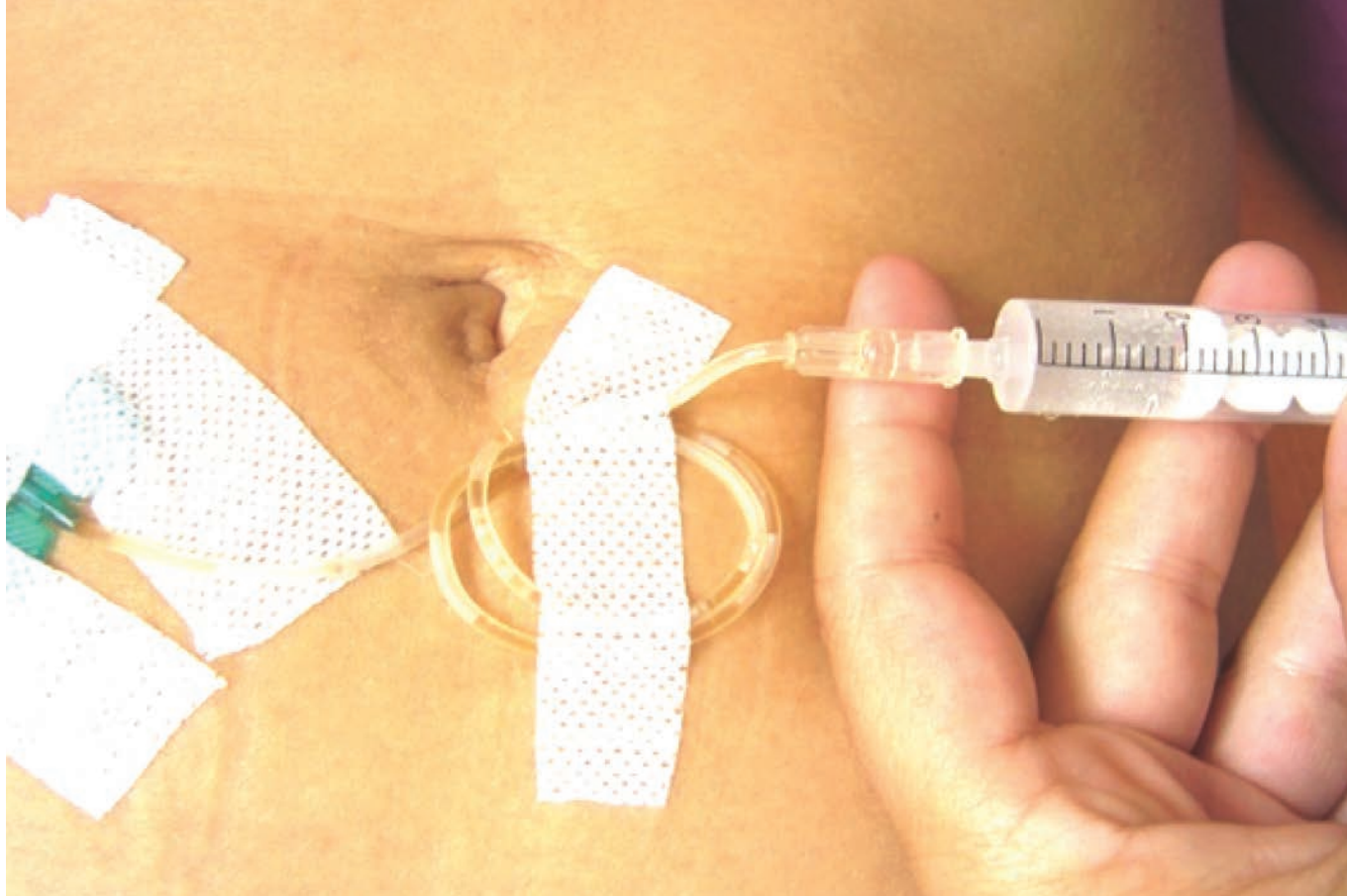
Foto 2. Identificação do DIB

Conclusão

O conhecimento de diferentes dispositivos que promovam a redução da dor, assim como as noções sobre o seu adequado manuseamento, tornam-se importantes para o enfermeiro, no desempenho das suas funções. Desses dispositivos destacam-se os DIB's, estando a eficácia dos fármacos administrados por este meio, dependente de vários factores, designadamente, uma adequada utilização, respeitando as indicações inerentes a cada tipo de dispositivo.

Ao longo da pesquisa por nós levada a cabo, verificámos a existência de diferentes tipos de DIB's, cujo manuseamento específico difere de acordo com o fabricante. Porém, de uma forma geral, existe um conjunto de características idênticas entre todos, o que permitiu traçar alguns procedimentos de uso e manuseamento como sendo semelhantes entre todos.

Deste modo, e com base em alguns dos DIB's mais utilizados, actualmente, no HDE, procurámos formular, de forma simples e sucinta, um compilo das principais características e procedimentos que os enfermeiros deverão reter, com a finalidade de uma utilização eficaz dos DIB's no alívio / controlo da dor na criança / adolescente.



A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos

RESUMO

O envelhecimento da população e o aumento do número de utentes com patologia crónica evolutiva e/ou avançada, muitos deles com necessidade de cuidados paliativos, criou a necessidade de recorrer a estratégias para a promoção da qualidade de vida e de conforto.

De entre as estratégias para viabilizar o conforto e o controlo sintomático, a administração de fármacos e soros assume um papel fulcral. Em contexto clínico existe muitas vezes a necessidade de recorrer a vias alternativas, à oral para hidratar ou administrar terapêutica, nomeadamente em situações de ocorrência de náuseas, vómitos persistentes, disfagia, odinofagia, alterações da consciência, situações de má absorção intestinal ou em situações de fim de vida.^{4,7}

A via subcutânea constitui uma excelente alternativa, cómoda, eficaz, com menor risco de complicações locais (infecções e hemorragia) e sistémicas (sépsis), tanto para a administração de terapêutica como para a administração de fluidos denominada por hipodermoclise.

A utilização da via subcutânea em contexto de internamento hospitalar, exterior às unidades específicas de cuidados continuados/paliativos é escassa e está ainda rodeada de algum desconhecimento, o que impede a sua implementação.

A reflexão sobre esta temática surgiu no decurso do levantamento de necessidades de formação na unidade onde prestamos cuidados, onde o recurso a esta técnica é limitado devido à insegurança e inexperiência dos enfermeiros. Foram poucos os casos em que se recorreu à via subcutânea sendo que os enfermeiros com mais experiência na técnica se propuseram a ensinar os restantes elementos. Em consequência, foi realizada formação em serviço e elaborado um poster e um cartaz sobre o presente tema (que se encontram afixados no serviço), com o objectivo de alertar os profissionais de saúde para a importância da sua utilização.

Com a publicação deste artigo pretende-se divulgar esta prática no sentido de facilitar a sua utilização, especialmente nos cuidados prestados à pessoa em fim de vida, independentemente da unidade onde se encontre, internado ou na comunidade.

INTRODUÇÃO

A sociedade de hoje, em consequência do aumento da esperança média de vida, requer mais e melhores cuidados de saúde, nomeadamente aos utentes com doença crónica evolutiva e/ou avançada e/ou com necessidade de cuidados paliativos.

Segundo a definição da OMS e da sua transposição para o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2005:10), por cuidados paliativos entende-se “cuidados prestados a utentes em situações de intenso sofrimento

decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível o bem-estar do utente e qualidade de vida”. Os cuidados de enfermagem relativamente aos utentes em fim de vida, têm como base o controlo dos sintomas, comunicação adequada e apoio à pessoa e família. De todas estas áreas, aquela que nos suscitou maior interesse foi a que se prende com o controlo dos sintomas, uma vez que esta questão detém uma enorme importância para os profissionais, utentes e suas famílias, que a colocam como uma prioridade central no bem-estar do final de vida.



A via subcutânea constitui uma excelente alternativa, cómoda, eficaz, com menor risco de complicações locais (infecções e hemorragia) e sistémicas (sépsis),...



Atualmente existem meios que proporcionam conforto e bem-estar aos utentes, sendo a administração de terapêutica e fluidos um dos veículos desse processo, uma vez que permite reduzir o sofrimento causado no decorrer da doença.

Em meio hospitalar a via mais utilizada é a endovenosa, embora seja reconhecido que existe uma maior invasibilidade e desconforto quando usada em utentes crónicos e em fim de vida. Para além do mais, a utilização desta via pode implicar um aumento dos custos do tratamento, associadas a complicações locais (infecções e hemorragias) e sistémicas (sépsis), e conseqüentemente aumento do tempo de internamento. Outro aspeto a salientar prende-se com a programação da alta, uma vez que a via EV tem o seu uso limitado no domicílio, dado que é difícil manter e vigiar um acesso deste tipo.

O tratamento dos utentes em cuidados paliativos deve incluir uma via de administração farmacológica que proporcione: eficácia garantida, facilidade de administração, mínimo desconforto, boa tolerabilidade, melhor adesão ao tratamento, menos custo e que permita alguma devolução de controlo/autonomia ao utente e à sua família.⁷ A via oral seria certamente a que mais corresponderia a todos estes critérios. Contudo, existem situações em que esta via não é a adequada pela ocorrência de náuseas, vômitos persistentes, disfagia e entre outras.^{2,5,7} Neste tipo de conjunturas a via subcutânea é uma excelente alternativa, cómoda e segura pois diminui o risco de complicações locais e sistémicas.

A via subcutânea pode ser utilizada para administração de fármacos em bólus (*intermittente subcutaneous injec-*

tion – ISCI) ou em perfusão contínua (contínuos subcutaneous injection – CSCI). A administração de grande volume de fluidos é denominada hipodermóclise (HDC).

Esta técnica tem vindo a ser utilizado desde 1913, sendo que nas décadas de 40 e 50 se verificou um abandono e/ou redução significativa do seu uso devido a complicações como colapsos cardiovasculares e septicemias, verificando-se conseqüentemente um aumento da utilização da via endovenosa. Posteriormente foram realizados diversos estudos que demonstraram que as referidas complicações resultaram de uma utilização/indicação inadequadas da técnica pelo que, a partir da década de 90 se assistiu novamente ao recurso a esta via para hidratação de pessoas em contexto de cuidados paliativos.¹⁰

Parece-nos importante referir as indicações e contra-indicações da via subcutânea:

Indicações da via SC

- Comprometimento da via oral.
- Necessidades de uma absorção lenta e constante do fluido ou fármaco;
- Impossibilidade ou dificuldade de acesso venoso;
- Controlo da dor/desidratação;
- Em todas as situações de hidratação em que a necessidade de reposição de volume não seja emergente;
- Em utentes que apresentem alteração do nível de consciência devido a sonolência, coma, sedação prolongada assim como, em utentes em fase de agonia, síndrome delírio-confusional e debilidade extrema.^{4,8,14}

Contra-indicações da via SC

- Membros sujeitos à dissecação ganglionar;
- Zona sujeita a radioterapia, junto a cicatrizes operatórias e/ou zonas de pele não íntegras;
- Necessidades de administração de volumes superiores a 3 litros por dia e/ou situações de emergência que requeiram a administração de fármacos ou fluidos em grandes quantidades e rapidamente (hipotensão severa, choque, alterações hidroelectrolíticas graves, entre outras);
- Insuficiência pré-renal, renal ou utentes sujeitos a hemodiálise;

- Infeções de repetição nos locais de punção;
- Risco de edema agudo pulmonar, anasarca ou insuficiência cardíaca grave;
- Utentes com coagulopatias, trombocitopenias e circulação periférica diminuída, pelo risco de hemorragia;
- Utentes com necessidade de via EV mantida;
- Utentes em estado avançado de caquexia por hipotrofia do tecido subcutâneo.^{4,8,10,14}

Assim como qualquer técnica a utilização da via subcutânea apresenta inúmeras vantagens e desvantagens resumidas no seguinte quadro.

Quadro n.º 1: Vantagens e desvantagens da via SC

Vantagens	Desvantagens
Fácil administração por qualquer profissional de saúde ou cuidador treinado;	Limitação na administração de grandes quantidades de fluidos em reduzido tempo;
Mínimo desconforto para o utente;	Capacidade de absorção lenta com limite de volume de fluidos a administrar;
Confortável para usar em meio domiciliário;	Impossibilidade de colocação de cateter em caso de doenças dermatológicas, em casos de lesões cutâneas ou na presença de sinais inflamatórios;
Menor risco de hiperhidratação inadvertida reduzindo o risco de sobrecarga cardíaca;	Possibilidade de reações locais aos fármacos administrados;
Menor interferência na mobilidade e promoção da autonomia do utente;	Requer vigilância no local de infusão;
A infusão pode ser interrompida em qualquer momento sem que haja risco de trombose.	Dificuldade de retirar o fármaco em caso de sobredosagem ou erro de medicação.
Económica;	

Fonte: Adaptado de Neto, 2008

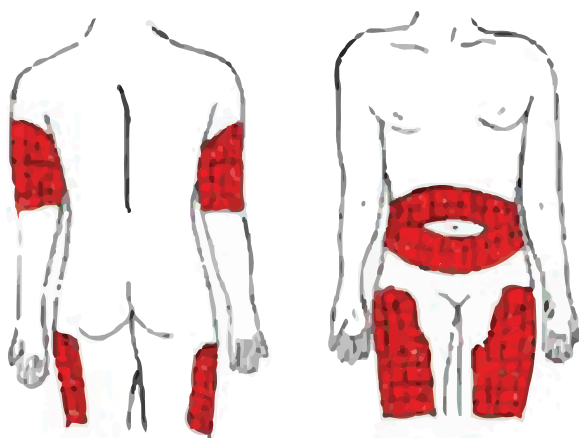


Figura 1: Locais de eleição para colocação de cateter por via subcutânea

Fonte: <http://www.linfomaymieloma.com>, 2011.

Locais de Punção

A eleição do local de punção pode ser de livre escolha, no entanto deve-se optar por uma região rica em drenagem linfática para facilitar a absorção e a circulação, e que permita a mobilidade do utente. Neste sentido os principais locais incluem:

- Parede abdominal;
- Face anterior do tórax;
- Face externa do terço superior do braço;
- Face externa da coxa.

Material necessário para Administração SC

- Butterfly ou agulha epicraniana de calibre entre 23G a 25G;
- Anti-séptico;
- Luvas;
- Sistema;
- Película aderente transparente para fixação da agulha;
- Bomba infusora, se existir (caso contrário a administração deverá ser feita em bólus ou por efeito da gravidade).



Figura n.º 2

“ FÁCIL administração por qualquer profissional de saúde ou cuidador treinado. ”

Técnica para administração SC

<p>1</p>  <p>Desinfetar o local da punção.</p>	<p>2</p>  <p>Realizar prega cutânea, agulha num ângulo de 30 a 45 graus.</p>
<p>3</p>  <p>Aspirar para verificar ausência de sangue. Fixar a agulha com adesivo transparente.</p>	<p>4</p>  <p>Vigiar local de punção diariamente para detectar alterações cutâneas.</p>

Figura n.º 3

Fonte: Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care, 2011.



Administração Terapêutica e Hidratação por via SC

A hidratação em utentes em cuidados paliativos é por vezes necessária e, não estando disponível a via oral, a via subcutânea é excelente para hidratar. A técnica da hipodermoclise é segura na medida em que as complicações locais (sinais inflamatórios, hematoma/eqimose, edema e celulite) são facilmente resolvidas, e extremamente eficaz em situações de desidratação moderada, comparando com a via endovenosa, e simples, podendo ser facilmente aprendida pelo utente e/ou cuidador, permitindo hidratar o utente no domicílio quando a via oral está indisponível pelos fatores já referidos.

O cateter poderá permanecer no mesmo local de punção entre 1 a 7 dias (sendo que a média de duração é entre 4 a 5 dias) o que proporciona ao utente maior autonomia e conforto.⁵ Os locais de punção devem ser modificados, sendo realizada rotação a cada 7 dias. É importante vigiar o local de inserção do cateter e na presença de sinais inflamatórios, extravasamento ou edema, este deve ser retirado o mais precocemente e puncionado um novo local. **A nova zona de punção deverá ficar pelo menos a 5 cm da primeira ou então realizar a rotação para evitar lesões tecidulares.**⁴

Relativamente à quantidade de fluidos a administrar, o espaço subcutâneo permite a administração de cerca de 1000 a 1500 ml em 24 horas (e 3000 ml nas 24 horas se administrada em dois locais de punção separados) sendo a região torácica e a abdominal aquelas de maior capacidade de absorção de fluidos. Logo, estas são as zonas preferenciais para a prática da hipodermoclise e administração prolongada de fármacos, e os outros locais serem mais indicados para a administração intermitente.^{7,8,14}

As complicações sistémicas podem ser o aparecimento de “farfalheira” ou o aparecimento/agravamento de edemas periféricos. Os soros utilizados deverão ser:

- Cloreto de Sódio a 0.9%;
- Dextrose em soro a 5% (a sua administração não deve ser superior a 1ml/m por elevada concentração de iões de hidrogénio que poderá provocar inflamação local. Não são aconselhadas concentrações superiores a 5%, devido ao seu pH e concentração).^{2,7,8,10}

O ritmo de infusão das substâncias para hidratação cutânea pode oscilar entre 20 a 120 ml/h.¹⁰

O soro a infundir deve ser colocado a cerca de 1,5 m de altura em relação ao utente.⁷

A hidratação pode ser interrompida e reiniciada a qualquer momento, sem risco de hemorragia ou formação de coágulos.

A hipodermoclise para além da administração de fluidos permite também a administração de terapêutica sendo que os fármacos mais frequentemente usados por esta via para o controlo sintomático são os opióides (morfina, tramadol, fentanil), os neurolépticos (haloperidol e levomepromazina), os anti-éméticos (metoclopramida, ciclizina, haloperidol, levomepromazina) e a butilescopolamina.^{2,7,12,15}

Outros fármacos como o midazolam, o octreotido, a furosemida, a ceftriaxona são também administrados por esta via. **Fármacos como o diazepam e a clorpromazina NÃO podem ser administrados por via SC**, devido ao seu pH e características produzindo inflamação ou irritação local.^{4,5,7}

Os fármacos permitidos podem ser administrados em perfusão contínua ou em bólus (volume máximo é de 2 a 3 ml) consoante o tipo de medicamento ou o efeito pretendido, sendo que na via subcutânea devem ser usados medicamentos de baixa viscosidade, que não sejam irritantes ou citotóxicos, e que sejam bem absorvidos a partir dos tecidos conjuntivo e adiposo.

Com os soros poderão ser administrados quaisquer fármacos compatíveis com a via SC assim como Cloreto de Potássio na concentração máxima de 20 mEq/L em 500cc de soro.^{7,8}

Habitualmente, não se injecta mais do que três fármacos na mesma administração, para evitar acumulação de volume de líquido, o que poderia tornar-se incomodo para o utente, e para permitir a absorção adequada dos mesmos sem comprometer a eficácia terapêutica.

A interação medicamentosa é uma preocupação pelo que descreveremos as compatibilidades entre os mesmos no quadro 2.

Tal como na administração endovenosa, na terapêutica pela via subcutânea há que ter em consideração as particularidades relativas de cada fármaco no sentido de tornar a administração o mais segura e eficaz possível. Neste sentido, apresentamos no quadro 3 uma breve síntese dos aspectos mais relevantes a ter em conta.

Quadro n.º 2: Compatibilidades entre os fármacos administrados pela via SC

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina; Haloperidol; Levomepromazina; Octreótido; Midazolam
Dexametasona	Só em doses muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Incompatível com outros fármacos
Haloperidol	Butilescopolamina; Morfina; Tramadol; Metoclopramida; Levomepromazina; Midazolam; Octreótido
Levomepromazina	Butilescopolamina; Morfina; Metoclopramida; Haloperidol; Midazolam; Octreótido
Metoclopramida	Morfina; Tramadol; Haloperidol; Midazolam; Octreótido
Midazolam	Butilescopolamina; Morfina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Octreótido
Morfina	Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam; Octreótido
Octreótido	Butilescopolamina; Morfina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam
Tramadol	Haloperidol; Metoclopramida

Fonte: Adaptado de Dickman (2002) In Neto, 2008

Quadro n.º 3: Cuidados a ter na preparação/administração de terapêutica por via SC

Fármaco/Solução	Indicação	Solvente	Observações
Butilescopolamina	Estertor Vómitos Dor	Administração direta	Não é compatível com a metoclopramida. Semi-vida 6 a 8 horas.
Ceftriaxona (ampola para administração IM)	Diminuição de secreções purulentas associada a infeção respiratória e halitose	Diluir em 4cc de lidocaína no máximo	Pode causar dor no local da administração.
Cetamina (Ketalar 500 mg/10 ml)	Dor (origem neuropática)	NaCl 0,9%	Monitorizar a frequência respiratória e cardíaca nas 1. ^{as} 2h após início de terapêutica.
Cetolorac (Toradol 10 mg/1 ml)	Dor intensa (anti-inflamatório não esteróide)	NaCl 0,9% (± 4/5 cc)	Pode ser nefrotóxico. Administrar isolado.
Dexametasona	a) Aumento da pressão intracraniana; b) Redução de edema peritumoral; c) Dispneia; d) Náuseas e vómitos; e) Estimulante do apetite; f) Compressão medular.	Administração direta ou em perfusão. NaCl 0,9% Água para injetáveis	Incompatível com a maioria das drogas. Pode induzir insónia (não administrar depois das 17h). Doses elevadas podem provocar “psicose dos corticóides”. Pode provocar irritação na pele no momento da administração. Fotosensível.
Diclofenac	Dor (principalmente dor óssea)	NaCl 0,9% (± 5/6 cc)	Pode ser irritante. Não misturar com outros medicamentos. Semi-vida de 8 horas.
Fenobarbital	Confusão/convulsões	Água para injetáveis	Não administrar com outros medicamentos.
Fentanil	Dor	NaCl 0,9% (direto ou em perfusão)	

Quadro n.º 3: Cuidados a ter na preparação/administração de terapêutica por via SC (continuação)

Fármaco/Solução	Indicação	Solvente	Observações
Furosemida	Dispneia devido a congestão pulmonar Edemas	(Direto ou em perfusão) NaCl 0,9%	Não administrar com soluções dextrosadas ou midazolam.
Granisetron	Náuseas e vômitos	50 ml de NaCl 0,9%	Perfundir em 10 minutos a dose de 3 mg.
Haloperidol	Náuseas e vômitos (ação central) Alucinações e agitação	Água para injetáveis	Pode ser administrado em bólus. Pode precipitar com NaCl 0,9%. Fotosensível. Semi-vida de 8 a 12 horas.
Levomepromazina	Náuseas e vômitos complexos. Agitação/delirium terminal. Convulsões.	(Direto ou em perfusão) NaCl 0,9% Água para injectáveis	Pode ser irritante e causar reacção no local. Hipotensor. Semi-vida longa.
Metoclopramida	Náuseas e vômitos (ação periférica)	(Direto ou diluído) NaCl 0,9%	Atenção a efeitos extra-piramidais. Administração lenta ou diluir. Semi-vida de 8 horas.
Metoclopramida	Náuseas e vômitos (ação periférica)	(Direto ou diluído) NaCl 0,9%	Atenção a efeitos extra-piramidais. Administração lenta ou diluir. Semi-vida de 8 horas.
Midazolam	a) Ansiedade; b) Espasmos; c) Convulsões, d) Delirium terminal.	NaCl 0,9%	Ao fim de alguns dias pode haver tolerância ao fármaco, podendo ser necessário aumentar a dose para atingir o mesmo efeito. Semi-vida de 4-6 horas.
Morfina	Dor Dispneia Diarreia	NaCl 0,9% Água para injetáveis	Atenção a sinais de toxicidade por opiáceos. Provoca obstipação. Fotosensível. Semi-vida de 4 horas.
Octreótido	a) Reduzir secreções gastrointestinais, motilidade gástrica e vômitos/diarreia intensos. b) Oclusão gástrica ou intestinal. c) Diarreia intratável.	NaCl 0,9%	Pode ser irritante: diluir o máximo. Atenção a incompatibilidade com outras drogas. Não é indicado para náuseas.
Ondasetron	Náuseas e vômitos por causas químicas.	NaCl 0,9%	Diluir em 100 cc de NaCl 0,9% por ser hipotensor.
Ranitidina	Protetor gástrico.	(direto) Água para injetáveis	Administração lenta por ser doloroso Compatível com midazolam e morfina.
Tenoxicam (Tilcotil 20 mg/2 ml)	Dor (anti-inflamatório)	NaCl 0,9% (± 20 cc)	Administração lenta por ser doloroso. Risco de hemorragia e pode agravar função renal.
Tramadol	Dor	NaCl 0,9%	Pode provocar náuseas (associar a metoclopramida).

Fonte: Adaptado de Ferreira, K. & Santos, A., 2009

Considerações Finais

A utilização da via subcutânea é uma excelente alternativa à via oral quando esta está indisponível e/ou pela situação clínica do doente. Esta é segura, simples e eficaz para a administração de fluidos e fármacos, podendo utilizar-se no domicílio ou em ambiente hospitalar. A hipodermoclise pode ser mesmo considerada a técnica de eleição para a hidratação artificial do utente e/ou administração de terapêutica para o controlo sintomático tendo em conta a sua eficácia, baixa invasibilidade e baixo risco de efeitos secundários e complicações.⁵ Paralelamente poderá contribuir para a redução do período de internamento.

Na prática, verifica-se que a via subcutânea é pouco utilizada em meio hospitalar, devido à generalização da via endovenosa e à inexperience dos profissionais de saúde. Por outro lado, a inexistência de protocolos/instruções de trabalho definidos para a implementação desta técnica associada contribui para a pouca adesão à utilização da via subcutânea.

Apesar da unidade onde prestamos cuidados, ser de cirurgia geral, são muitos os utentes com necessidade de cuidados paliativos, mas onde se recorreu à via subcutânea para a perfusão de morfina e/ou para hidratação, em poucas situações.

O enfermeiro tem um papel fulcral na mudança junto da equipa de saúde, como elemento de sensibilização para o recurso a esta técnica, através da divulgação e formação.

É certo que, esta técnica não deverá ser extensa a todos os utentes internados, mas poderá contribuir para o conforto e melhorar a qualidade de vida dos utentes em fim de vida. Deste modo torna-se importante o ensino ao utente e família sobre a hipodermoclise, nomeadamente no que se refere à vigilância de complicações.

A elaboração deste artigo teve o intuito de partilhar e fomentar a reflexão dos profissionais de saúde sobre as vantagens da utilização da via subcutânea, com vista a melhorar os cuidados aos utentes com doença crónica e em fim de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Associação Nacional de Cuidados Paliativos *Formação de enfermeiros em Cuidados Paliativos* Recomendações da ANCP, Março 2006, [consult. 12 Abr. 2012], disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações - Formação em CP.pdf>
2. Draft Subcutaneous Medication Administration Policy, [consult. 26 Maio 2012], disponível em http://palliativedrugs.org/download/pal%20care%20subq%20policy%8_27_04.pdf
3. FERREIRA, Karine A. S. L.; SANTOS, Ana Cláudia *Hipodermoclise e Administração de Medicamentos por Via Subcutânea: Uma Técnica do Passado com Futuro*. [consult. 24 Abr. 2012], disponível em <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2065/pdf/19.pdf>
4. GRECH, L *A via subcutânea: uma alternativa para a administração de terapêutica* Revista Nursing, Janeiro de 2008, pág14-18 ISSN 0871-6196
5. Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care. [consult. 24 Maio 2012], disponível em http://www.nhs.uk/nhs.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20house%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care%20Dec_09.pdf
6. Ministério da Saúde (2005:10). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [consult. 15 Maio 2012], disponível em <http://www.dgs.pt>
7. NETO, Isabel Galriça *Utilização da via subcutânea na prática clínica*, vol. 15, n.º4, Out/Dez 2008, p.277-283, [consult. 25 Maio 2012], disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol_n4_2008_277_283.pdf
8. SASSON, Menahem; SHVARTZMAN, Pesach *Hypodermoclysis: An Alternative Infusion technique*, vol. 64, n.º 9, 2001, p.1575-1578, [consult. 20 Maio 2012], disponível em <http://www.aafp.org/afp/20011101/1575.pdf>
9. Sociedad Asturiana de Medicina de Familia y Comunitaria *Via subcutânea en cuidados paliativos*. [consult. 20 Maio 2012], disponível em <http://www.samfy.org/documentos/viasc.pdf>
10. Subcutaneous Fluid Administration, Hypodermoclysis, 2005, [consult. 26 Maio 2012], disponível em <http://palliativedrugs.org/download/hypodermoclysisapprvedcopy.pdf>
11. TWY-CROSS, Robert *Cuidados Paliativos*. 2.ª ed., Lisboa Climepsi Editores, 2003, ISBN 972 -796-093-6.
12. VENTURA, Guevedo Gª & TOMELLOSO, Due Del C.S. *Via Subcutânea en Cuidados Paliativos*, [consult. 10 Maio 2012], disponível em <http://www.scribd.com/doc/39678420/Us-Via-Subcutanea-en-Cuidados-Paliativos>
13. VILLALOBOS, JM & CAPOTE, FJ (2011) *Via Subcutanea para la admimistacion de medicamentos*, [consult. 14 Maio 2012], disponível em <http://www.lincomaymieloma.com/contenidos.asp?id=411>
14. YAP, LKP; TAN, SH; KOO, WH *Hypodermoclysis or Subcutaneous Infusion Revisited*, vol. 42, 2001, p. 526-529, [consult. 20 Maio 2012], disponível em <http://www.5ma.org.5g/5mg/4211/4211a6.pdf>
15. WELSH, John; et al. *Results of Hydromorphone Survey of Palliative Care Physicians*, [consult. 26 Maio 2012], <http://palliativedrugs.org/download/SHORTt%20REPO>

entrevista



Alexandrina Rodrigues

Enfermeira Supervisora e Adjunta da Estrutura Central da Coordenação da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD)

Revista ACE: Quando foi criada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) e qual a sua missão?

Enf. Alexandrina Rodrigues: A CQSD do CHLC, EPE é uma comissão de apoio técnico do Conselho de Administração do qual depende e foi criada em 13 de Novembro de 2008, reformulada em 6 de Abril de 2009 e em 8 Junho 2011.

Tem como **Missão** dinamizar, suportar e coordenar o processo e actividades de melhoria contínua da qualidade e humanização dos cuidados prestados pelo CHLC.

Revista ACE: Como é constituída a vossa Equipa e como se organiza estruturalmente?

Enf. AR: A CQSD é composta por uma Estrutura Central de Coordenação e por duas estruturas autónomas denominadas Pólos e Núcleos. Os Pólos distribuem-se pelos hospitais do CHLC e os Núcleos são os seguintes: Gestão Documental, Auditorias Internas, Melhoria Contínua da Qualidade, Auditorias Externas e Comunicação. A estrutura central de coordenação é composta por três elementos: o Dr. Paulo Larcher, que é o coordenador de toda a CQSD e dois elementos adjuntos da coordenação: eu e a Dra. Conceição Bettencourt. Os elementos que constituem os Pólos são os seguintes:

- Pólo do HSAC: Dra. Rita Corte Real (responsável) e Enf. Paula Ricardo;
- Pólo do HSJ: Dr. Luís Marques Pinto (responsável) e Enf. Paula Mesquita;
- Pólo de HSMarta: Enf. Graça Quaresma (responsável) e Enf. Mónica Pereira;
- Pólo de HDE: Enf. Palmira Silva (responsável), Dra. Micaella Serelha, Técnica Cristina Almeida e Enf. João Quintela;
- Pólo de HCC: Dr. António Panarra (responsável) e Enf. Helena Pestana.



Legenda: Equipa da CQSQ

“ Após a compreensão das mais valias que todo este percurso trás quer para as Unidades, quer para os profissionais, quer para os doentes, a recetividade passa a ser muito boa na quase totalidade dos casos. ”

Relativamente aos Núcleos a constituição de cada um é a seguinte:

- **Gestão Documental:** Dra. Conceição Bettencourt (responsável) e Enf. Paula Ricardo;
- **Auditorias Internas;** Eu, que sou a responsável e Enf. João Quintela;
- **Melhoria Contínua da Qualidade:** Dra. Conceição Bettencourt (responsável) e Enf. Mónica Pereira e Enf. Helena Pestana;
- **Auditorias Externas:** Eu, que sou a responsável e Enf. Paula Mesquita
- **Comunicação:** Dr. Paulo Larcher (responsável) e Enf. Graça Quaresma e Enf. Helena Pestana.

Nem todos os elementos da CQSD desempenham funções nesta comissão a tempo inteiro: apenas 5 elementos (estrutura central de coordenação e mais duas enfermeiras), tem o seu horário exclusivamente dedicado às actividades da comissão. Todos os restantes elementos acumulam funções noutras áreas ou projectos.

Revista ACE: No âmbito do processo de Acreditação das Unidades (CHQS) é necessário um trabalho contínuo com as Equipas. Como se desenvolve esse trabalho e qual têm sido a recetividade das Equipas?

AR: Todas as áreas do CHLC – sejam clínicas, não clínicas, estruturas de apoio técnico ou outras – têm um interlocutor da CQSD que as acompanha individualmente. Habitualmente esse interlocutor trabalha mais directamente com um ou mais elementos que são os responsáveis locais por dinamizarem e implementarem todas as ações necessárias tendo em vista o processo posterior de auditoria externa. Podemos dizer que em

termos muito gerais, o acompanhamento do interlocutor da CQSD com os responsáveis locais passa pelas seguintes fases pré-auditoria externa: auto-avaliação, identificação de áreas de melhoria, estabelecimento de planos de melhoria, acompanhamento das ações de melhoria, recolha e organização das evidências e preenchimento das PSA (*Pre survey assesment*) relativas a cada Unidade/Área/Estrutura, ou seja, coordena todo o processo de auto-avaliação interna, monitoriza o progresso do cumprimento das normas do programa de acreditação e prepara individualmente as equipas para a auditoria externa. Após a auditoria externa, é também este elemento da CQSD que transmite os resultados do relatório da auditoria e acompanha e monitoriza as ações corretivas necessárias de cada local.

Como é evidente este processo nem sempre é recebido e aceite da mesma forma em todos os locais, havendo equipas em que a recetividade é excelente logo desde o início e há outras em que o processo é mais moroso e mesmo desmotivante de início, até porque não podemos dissociar as dificuldades iniciais da implementação de um processo de acreditação, da profunda reorganização e reestruturação pela qual o CHLC está a passar. No entanto, também posso afirmar que após a compreensão das mais valias que todo este percurso trás quer para as Unidades, quer para os profissionais, quer para os doentes, a recetividade passa a ser muito boa na quase totalidade dos casos, porque os profissionais entendem que para além da desejável meta de uma acreditação o que realmente importa e é importante, é que se melhore, quer as práticas, quer os processos inerentes às mesmas e haja melhoria da qualidade tanto dos cuidados prestados aos doentes, como uma melhoria global da Organização.



Legenda: Equipa da estrutura central da Coordenação da CQSQ

Revista ACE: Que balanço faz do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros para o êxito deste processo? Baseado na sua experiência que mais valias trouxe, este processo, para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Enf. AR: O trabalho desenvolvido pelas equipas de enfermagem em todo este processo tem sido muito bom e diria mesmo que, sem o empenho dos enfermeiros e sem o seu entusiasmo em “vestir a camisola” certamente que os resultados até agora alcançados não teriam sido os mesmos. É notório o empenho e o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados prestados. Existe uma preocupação enorme em melhorar o que fazem, nomeadamente em questões de segurança dos doentes; é notório que estão empenhadas na promoção e implementação de alterações positivas decorrentes por exemplo de recomendações de auditorias internas. Utilizam com mais objetividade as ferramentas de gestão do risco; estão interessadas e sensibilizadas para a importância da formação e “aprenderam” a importância da escrita, por forma a regulamentar, normalizar e organizar o seu trabalho. Penso que já existe uma cultura de qualidade dentro das equipas de enfermagem do CHLC. Já é impensável dissociar as práticas da respectiva normalização entretanto desenvolvida, quer por procedimentos multi setoriais, ou setoriais e há um maior questionamento a nível das equipas em relação ao que está a ser feito, como se está a fazer e como poderão ser alcançados melhores resultados, de forma mais eficiente e eficaz.

Tenho a convicção de que para a enfermagem a implementação dos critérios dos sucessivos manuais de acreditação que têm vindo a ser utilizados ao longo destes últimos anos não é entendido como um trabalho suplementar e dispensável mas, bem pelo contrário, uma poderosa ferramenta de melhoria e *guidelines* preciosas para o trabalho diário.

Revista ACE: No âmbito do novo manual do CHKS e de acordo com os objectivos delineados para a continuidade do processo de acreditação, qual o plano futuro a desenvolver pela CQSD?

Enf. AR: O processo de acreditação e melhoria contínua do CHLC teve o seu início em 2009 com os seguintes objectivos:

- **Concretizar o projeto de acreditação** de modo a acreditar todas as áreas do CHLC até 2017;
- **Promover uma cultura de segurança**, otimizar circuitos e eliminar desperdícios;

- **Normalizar práticas**, através do desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas e procedimentos, e de ações de divulgação e de aprofundamento dessas normas;
- **Promover uma cultura da qualidade** utilizando diversas ferramentas de comunicação;
- **Promover a utilização das auditorias internas e externas** como ferramentas do ciclo de melhoria.

Resumidamente e também para contextualizar esta questão, foram realizadas 3 auditorias externas em Dezembro de 2009, Julho de 2010 e Outubro de 2010 com o objectivo de reacreditar os hospitais de HSM e HDE que já tinham iniciado anteriormente o seu processo de acreditação de uma forma independente e que já eram hospitais acreditados. Após esta primeira fase, que culminou com a reaccreditação destes dois hospitais, iniciou-se a 2.ª fase também com 3 auditorias externas (Dezembro de 2011, Outubro de 2012 e Julho de 2013), agora com o objetivo de acreditar todas as áreas do HSAC e HSJ. Este processo encontra-se em fase de implementação de ações corretivas, resultantes do relatório destas 3 auditorias externas, pelo que, só após esse processo de melhorias e nova reapreciação se saberá que Áreas são acreditadas. A CQSD deu início, formalmente, à terceira fase do processo de acreditação e melhoria contínua do CHLC no dia 26 de Setembro de 2013, com o lançamento do projecto em sessões públicas no HCC e HDE. Esta fase irá decorrer até 2016 e estão previstas as seguintes auditorias externas pelo **Programa Internacional de Acreditação de Hospitais do Caspe HealthCare Knowledge Systems (CHKS)**:

Uma a realizar em Junho de 2014, abrangendo todas as Áreas não clínicas, transversais ao CHLC e posteriormente mais duas a realizar em Junho de 2015 e Junho de 2016. Em cada uma destas duas auditorias, serão auditadas 6 áreas clínicas escolhidas aleatoriamente pelo CHKS. Uma vez que não se sabe que áreas clínicas irão ser auditadas, todas terão de ser preparadas igualmente e no mesmo timing, o que é bom porque permite que finalmente o CHLC esteja todo ele a desenvolver o mesmo projecto ao mesmo tempo, deixando de haver Hospitais com “tempos” diferentes relativos ao processo de acreditação. A estratégia da CQSD será a mesma que temos vindo a manter: cada elemento é interlocutor de determinadas áreas, agora com a abrangência de CHLC (portanto muitas mais ao mesmo tempo) e não como até agora que se trabalhava apenas em um ou dois hospitais em simultâneo. Sem dúvida um enorme desafio pela frente para todos. ■



Aconteceu

María da Cruz Palma e Maria João Xavier

Decorreram nos passados dias 24 e 25 de outubro as **2.^{as} Jornadas do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação (GCCT) do Hospital de S. José – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC)**, em Lisboa, organizadas pelo GCCT em parceria com a Associação Científica dos Enfermeiros (ACE) do CHLC, EPE.

A parceria com a ACE foi um contributo excelente para o sucesso alcançado e sem a qual a organização deste evento teria tido uma tarefa dificultada. O nosso sincero obrigado, extensivo à Empresa de Eventos Cognição, pelo profissionalismo e competência que demonstraram.

Antes de mais, queremos agradecer a presença dos convidados e palestrantes que aceitaram o repto da comissão organizadora e nos brindaram com comunicações de elevada qualidade técnica e científica. Foram momentos de partilha únicos e que desejamos tenham contribuído para o crescimento dos participantes nestas Jornadas. Foi, fundamentalmente, um evento direcionado para a vertente da deteção e doação de órgãos e tecidos uma vez que, é uma preocupação nacional a diminuição no número das colheitas de órgãos. E tal como refere Escalante “não pode haver transplantes sem dadores”. O grande objetivo deste evento foi divulgar como deverá ser feita a deteção, seleção, monitorização, doação e tratamento dos possíveis/potenciais dadores que entram nos serviços de urgência e se encontram nas diferentes unidades de cuidados intensivos, e/ou outras, nos hospitais da rede nacional de coordenação de colheita e transplantação.

No seguimento desta nota introdutória, a primeira grande conclusão a reter, partilhada por inúmeros dos palestrantes é que o potencial de doação em morte cerebral não está esgotado. Concluímos, também, que os Coordenadores Hospitalares de Doação (CHD) enfrentam, ainda, grandes dificuldades e obstáculos nas suas instituições, não sendo esta atividade considerada relevante na atividade hospitalar. Aliás, foi várias vezes referido o não reconhecimento desta atividade por alguns responsáveis das várias Instituições. Relativamente ao trabalho desenvolvido pelo IPST, IP, a Coordenadora Nacional de Transplantação informou que estão a envidar todos os esforços para que estas situações sejam ultrapassadas.

Como atrás foi referido, o potencial do dador em morte cerebral não está esgotado, mas o desenvolvimento da transplantação levou ao aumento das indicações para transplante e, desta forma, somos confrontados com a morte de doentes, em lista de espera, por escassez de órgãos. Como resposta a esta dificuldade teremos de pensar em fontes alternativas, como seja: aumentar os números da doação em vida e implementar o programa de dadores em paragem cardiocirculatória. Nesta área, também o IPST, IP já nomeou uma comissão técnica para a operacionalização do programa supracitado.

Uma das metas do IPST, IP é que o país seja autossuficiente na vertente dos tecidos humanos. Todavia, pelas comunicações apresentadas concluímos que o país é apenas autossuficiente em membrana amniótica e válvulas cardíacas, tendo mesmo que importar pele e osso de bancos de tecidos europeus com os quais o banco de tecidos do IPST, IP estabeleceu protocolos para dar resposta às solicitações nacionais.



É fundamental definir uma nova estratégia para a colheita de tecidos para que seja possível alcançar a autossuficiência nacional. Se o potencial de doação de órgãos em morte cerebral não está esgotado, relativamente aos tecidos que devem ser colhidos nestes dadores, é urgente avançar com a colheita nos dadores em coração parado. Assim, torna-se essencial para esta atividade motivar os CHD a solicitarem nas suas instituições o pedido de autorização para se constituírem como unidades de colheita (e aplicação, se possível) de tecidos.

A apresentação da aplicação informática denominada Registo Português de Transplantação (RPT) foi um momento alto do evento uma vez que vai permitir, pela primeira vez nesta temática, concentrar as atividades no âmbito da doação, colheita e transplantação na mesma plataforma e, deste modo, facilitar a atuação de todos os atores intervenientes neste processo (Autoridade Nacional, GCCT's, CHD e Unidades de Transplantação), bem como permitirá cumprir o preenchimento de todos os registos indispensáveis a garantir os padrões de qualidade desta complexa mas reconfortante atividade. Os doentes em lista de espera são o nosso mote para continuarmos.

O debate de encerramento das 2.^{as} Jornadas do GCCT foi subordinado à transplantação. Os ilustres e distintos convidados, personalidades de renome nacional e internacional nas diversas vertentes desta atividade proporcionaram uma animada e esclarecedora conversa a toda a audiência. Foi um momento único de partilha de experiências, preocupações e perspetivas futuras.

Esperamos encontrar-vos nas **3.^{as} Jornadas do GCCT do Hospital de S. José do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**.



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



**Venha juntar-se a nós!
Juntos conseguimos fazer mais.**