

VISITA

DOMICILIÁRIA

Margarida Sotto Mayor
Carlos Sequeira
Gorete Reis

VISITA DOMICILIÁRIA

Coordenação

Margarida Sotto Mayor

Carlos Sequeira

Gorete Reis

Capa e paginação

Gabriela Sotto Mayor

gabrielasottomayor.com

ISBN

978-989-20-8851-8

Edição de autor

Outubro de 2018

Print on Demand Liberis

O doente oncológico em acompanhamento domiciliário

Ana Fonseca | Ermelinda Caldeira | Gorete Reis | Vitória Casas-Novas

As alterações da estrutura da pirâmide populacional bem como do estilo de vida consubstanciam o aumento significativo de novos casos de doença oncológica (Direção Geral de Saúde, 2014). A par disso, novos e crescentes desafios são colocados, exigindo, a todos os níveis, respostas inovadoras, acessíveis, inclusivas.

O cancro é um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, a vida individual, a inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, produzindo uma necessidade de interpretação complexa e contínua da sociedade. Pode afetar qualquer pessoa, indistintamente da raça, género ou idade. Imiscui-se na vida da pessoa e modifica-a; evoca a vulnerabilidade enquanto ser; desperta sentimentos e emoções como a tristeza, a angústia, o medo (Fonseca & Lopes, 2011).

O cancro, sendo uma doença do presente, antevê-se como uma das doenças do futuro que exige abordagem clínica multidisciplinar, abordagem política e social harmonizadas, que não se circunscreva às instituições de saúde (Direção Geral de Saúde, 2013).

Face aos inegáveis avanços da ciência que possibilitaram uma evolução nos meios de diagnóstico e de tratamento, tornou-se imperioso empreender um novo paradigma relacional entre os atores das várias áreas disciplinares da saúde que redundasse numa nova forma de atendimento integrado no cuidado às pessoas com cancro. Efetivamente, a abordagem à pessoa com cancro exige competências complementares que somente podem ser almejadas com a participação de múltiplas áreas do conhecimento, numa perspetiva transdisciplinar.

O cuidado ao doente com cancro desenvolve-se no seio de fragilidades e de tensões impostas pela doença, pelos tratamentos, pelo sofrimento inerente à doença e a toda a panóplia de alterações que ela transporta. Cuidar de pessoas com cancro é um desafio, fortemente influenciado pela imagem social difundida de doença incurável e incompreensível; exige dos enfermeiros uma mobilização de recursos de diversos domínios.

O encontro do doente oncológico com um enfermeiro acontece nas diferentes etapas de um percurso frequentemente imprevisível. A intervenção dos enfermeiros às pessoas com doença oncológica ocorre em contextos diversificados que vão desde as instituições vocacionadas para o cuidado a estas pessoas ao próprio domicílio.

Desde o diagnóstico

Uma alteração, um sinal, um sintoma podem levantar a suspeita de um cancro e desencadear o início de todo um processo único e singular, porque única e singular é cada pessoa. Simultaneamente, é um processo com contornos similares a inúmeros outros vividos por muitas outras pessoas.

A conotação negativa, que apesar de toda a evolução continua a ser atribuída ao cancro, em regra, influencia a pessoa a quem é diagnosticado. Assim, quando uma pessoa é confrontada com o diagnóstico de cancro, enceta um turbilhão de emoções e sentimentos, questiona a sua vida, a sua forma de ser e estar, as suas relações interpessoais, inicia um processo de mobilização de recursos e capacidades para enfrentar profundas mudanças que vai experimentar (Fonseca & Lopes, 2011).

Independentemente do prognóstico, o diagnóstico inicial de cancro ainda é percebido por muitos doentes como um caso de risco de vida. Viver com uma doença fatal, viver com o conhecimento de um futuro limitado envolve sofrimento e degradação da qualidade de vida (WHO, 2002).

Presentemente, e cada vez mais, é respeitado o direito do doente conhecer o diagnóstico. Comunicar esta informação, tida como má notícia, não é fácil (Cardoso, & Cardoso, 2013). Assume-se, e receia-se por isso, que por parte do doente ao confrontar-se com o diagnóstico de cancro haja uma atitude de fuga, de desânimo, uma negação. Todavia, confrontado com a sintomatologia e envolvido pela realização de exames complementares de diagnóstico, o doente vai equacionando a possibilidade de ter cancro. Quando não é revelada a sua condição real de doença, alguns sinais imprudentes de pessoas que o rodeiam, revelam-lhe uma verdade/realidade por vezes errónea da sua doença, pois diz-se sem se falar, oculta-se sem se ocultar, acabando por gerar mais dúvidas e angústia.

Considerando que o processo tem início com a descoberta da doença, leia-se diagnóstico do cancro, é importante considerar esse momento. A doença em si (tipo de cancro, estágio, sintomas, tratamento), características individuais (idade, experiências anteriores, crenças e valores, entre outros) e o contexto sociocultural influenciam a resposta ao diagnóstico. Não obstante as formas extremadas de reação ao diagnóstico, a forma como se pensa que a pessoa vai reagir não pode ser o fator determinante na decisão de informar ou não, mas sim determinante da quantidade e qualidade da informação a dar (Cardoso, & Cardoso, 2013).

O enfermeiro pode assumir uma intervenção preponderante nesta etapa peculiar do processo, uma vez que os papéis da pessoa podem ser profundamente alterados, passando a assumir o papel de doente. Deve criar momentos para o doente se expressar, livremente, quando e como quiser, expor os seus receios, respeitando as suas fragilidades, pois o confronto com a verdade deixa-o confuso, atónito, povoado de medos e receios. Há que desmistificar crenças aterradoras que, comumente, não correspondem à verdade e geram intranquilidade no doente e sua família (Fonseca & Lopes, 2011).

E, enquanto a pessoa ainda se está a reorganizar após o impacto do diagnóstico, já lhe está a ser proposto um plano de tratamento,

mais ou menos prolongado, frequentemente doloroso, por vezes mutilante, que vem coadjuvar todo um conjunto de alterações de diversa ordem que condicionam o seu dia-a-dia, dado que interferem no seu bem-estar, na realização das suas atividades, na concretização dos seus objetivos.

A capacidade de uma pessoa fazer face à doença e de a viver é individual, inscrevendo-a de modo peculiar na sua trajetória. Algumas pessoas ignoram o cancro, outras declinam a luta, sentem-se ameaçadas pela penosidade dos tratamentos e pelo medo de morrer, entregando-se à doença e entendendo-a como o seu fim inevitável. Outras, ainda, enfrentam a doença considerando-a um desafio, um inimigo, contra o qual é necessário lutar com todas as forças, desenvolvem respostas adaptativas enfrentando os desafios. Contudo, podem-se ainda considerar aqueles que não o conseguem e necessitam de intervenções psicossociais para auxiliar o seu processo de adaptação ao seu percurso de doença (Souza & Seidl, 2014).

É de crucial importância o conhecimento da pessoa que será alvo de cuidados. A relação enfermeiro-doente é a fonte de informação para inferir a necessidade de cuidados, avaliar a ajuda a prestar, ao mesmo tempo que contribui para a realização de procedimentos e facilita a compreensão ou mesmo a aceitação da sua situação clínica (Collière, 1999).

O doente cheio de dúvidas, medos, inseguranças espera do enfermeiro o olhar, a palavra, o gesto, a disponibilidade para estabelecer uma relação pautada pela honestidade, flexibilidade, coerência, onde caiba uma resposta competente às suas necessidades. A relação enfermeiro-doente oncológico resulta de um conjunto de interações que se prolongam no tempo, no qual o enfermeiro procura dar resposta às necessidades do doente ou ajudar a resolver os seus problemas. A singularidade da relação enfermeiro-doente oncológico não está na complexidade de toda a situação, mas talvez e acima de tudo, no conhecimento e na compreensão que permeia a situação de cuidados. A relação é rica em afetos, pelo que pode ser

tão enriquecedora quanto penosa se não for considerada a individualidade de cada interveniente e dado um sentido à experiência, pois “ a doença pode ser oportunidade para novos ânimos, para um novo sentido à vida e para uma nova orientação” (Hesbeen, 2000, p. 29). É nesta perspetiva que se deve inscrever o cuidado ao doente oncológico e na qual de inclui a necessidade de discutir e partilhar sentimentos.

Em todo este processo, a família assume um papel preponderante. A doença, cancro, pode ser igualmente, se não mais, angustiante para a família e amigos. A perda de rendimentos da família, o isolamento social, as tensões familiares, e os efeitos adversos sobre o funcionamento diário da família podem acompanhar de perto a doença (WHO, 2002). A família é um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um dos seus membros adoece toda a família sofre e sente os efeitos do momento vivenciado (Marques & Ferraz, 2004; Silva & Acker, 2007).

Incluir a família no processo

Incluir a família no processo saúde/doença é um dos grandes desafios impostos à enfermagem. O membro da família prestador de cuidados é, de acordo com o International Council of Nursing (ICN) “prestador de cuidados: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família (ICN, 2011:115). Andrade (2013) citando Garcia (2010) afirma que o desempenho do papel de cuidador informal existe dentro de uma relação, pressupondo haver alguém disposto para o assumir e alguém que necessita de cuidados, de ajuda na manutenção ou conservação da sua condição física, psicológica ou social.

Muitas vezes, para o doente oncológico subsistem, para além das preocupações inerentes à sua doença como sejam, consultas, exames, tratamentos e suas consequências, diversas responsabilidades nos cuidados à sua família, nas atividades diárias, nomea-

damente, de trabalho. Deste quadro derivam um conjunto de necessidades que exigem respostas integradas. Almeja-se que a equipa multidisciplinar assuma a responsabilidade pela elaboração e implementação de um plano de intervenção abrangente, no qual com os saberes específicos e através de uma articulação de meios e recursos, sejam dadas respostas às necessidades do doente oncológico e sua família.

Uma das estratégias passível de ser adotada é a integração em grupos de apoio. Há pessoas que consideram profícuo discutir as suas experiências e preocupações com outras que vivem ou viveram experiências similares. Assim, para além de apoio pessoal, pelo telefone ou internet, há doentes e seus familiares que se reúnem, em grupos de apoio, onde podem colocar dúvidas, partilhar o que aprenderam acerca de como lidar com a doença e efeitos do tratamento.

Em toda esta trajetória a continuidade de cuidados é decisiva, sobretudo porque os cuidados são dirigidos a pessoas com doença crónica e complexa que exige uma intervenção multiprofissional. Entenda-se a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna (Duarte, 2007). Segundo o Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, continuidade de cuidados é a “sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (Portugal, 2006, p. 3857).

No Sistema Nacional de Saúde Português prevê-se a continuidade a partir dos Cuidados de Saúde Primários, pelos cuidados diferenciados nos Hospitais e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI, criada pelo Dec. Lei nº 101 /2006 de 6 de junho, visa responder a uma das lacunas do Serviço Nacional de Saúde no que se refere à satisfação das necessidades de apoio a pessoas dependentes e nomeadamente em situação de doença oncológica após alta hospitalar, os quais prolongam a necessidade da continuidade de cuidados saúde.

A preparação e gestão da alta são organizadas pela equipa de gestão de altas (EGA) e dirigida aos doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação, existentes na área de influência hospitalar (Lei nº 109 /2006 de 6 de junho).

Os cuidados domiciliários constituem um recurso de assistência à saúde do indivíduo e família, prestados por um cuidador formal, ou por uma equipa multidisciplinar que inclui, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo assistente social entre outros. Oferecem aos clientes e suas famílias a possibilidade de receberem cuidados de saúde no domicílio. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma equipa multidisciplinar que garante os cuidados domiciliários de enfermagem de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas através de visitas domiciliarias programadas e regulares.

A Visitação Domiciliária garante um atendimento global por parte dos profissionais, sendo desta forma essencial a compreensão dos aspetos psicoafectivo, sociais e biológicos do cliente e família assistidos, permite conhecer a realidade e o contexto, pelo que a abrangência na abordagem aos cuidados inclui a promoção restauração e manutenção da saúde. Como atividade dirigida à família, é uma oportunidade para realizar ensinamentos orientados para o autocuidado na resolução de problemas de situações da vida real, no ambiente familiar.

Os objetivos traçados para os cuidados no domicílio, devem ser regidos por princípios de eficiência, planeados e postos em prática através de um processo racional e de acordo com os diferentes tipos de cuidados de enfermagem no domicílio, dos quais se destacam cuidados centrados na população, cuidados de transição para o domicílio e cuidados paliativos (Sebastian & Martin, 2011).

Caso clínico

Após referenciação pela EGA, a D. Ana Maria (nome fictício), de 38 anos de idade, deu entrada na ECCI para Cuidados Paliativos, com o diagnóstico de neoplasia do colo do útero com metástases da bexiga e do reto.

Casada, vivia com o marido, que foi indicado como cuidador principal, apesar de revelar alguma dificuldade e pouca disponibilidade para cuidar da utente. Tinha uma filha de um casamento anterior com cerca de 14 anos, que foi retirada de casa pela Comissão de Proteção Crianças e Jovens em Risco (CPCJ). O contacto mãe-filha era mantido através de uma visita semanal, verbalizando a doente que a relação era distante e que a filha a abandonou. Na casa ao lado da sua, residia uma amiga que a auxilia nas tarefas de vida diária.

A casa onde vivia não possuía infraestruturas básicas (antigas cavaliças adaptadas a habitação). Não tinha água canalizada, não tem casa de banho, tem uma pia de despejos e eletricidade. Possuía três divisões contíguas adaptadas, uma é sala/cozinha e duas são quartos.

Encontrava-se lúcida, colaborante e conhecedora da sua situação de saúde. Foi seguida no Instituto Português de Oncologia que a transferiu para o hospital da área de residência, serviço de oncologia. Apresentava dependência parcial em atividades de vida diárias, como tomar banho e vestir, principalmente, por referir dor descontrolada o que segundo a utente a limita bastante., situação que a deixa triste e ansiosa. Necessitava ainda de ajuda para limpeza da casa, confeccionar as refeições e lavagem da roupa.

Referia dores generalizadas, intensidade 8 na escala numérica de avaliação da dor. Estava medicada com Transtec 35 de 72/72 h e Sevredol 10 mg em SOS o qual a utente referiu fazer de 6/6 h. Segundo a utente a dor não estava controlada, referindo, ainda, obstipação apesar de estar a tomar Lactulose. Por vezes, tinha

anorexia e náuseas que cediam à Metoclopramida antes das refeições.

Pedia ajuda, verbalizando necessidade e acompanhamento de ECCI/Paliativos e pedia, encarecidamente, uma casa para morar com dignidade e conforto os últimos dias da sua vida.

As expectativas da utente passavam por permanecer em casa junto do marido e da vizinha que a ajudam, recusava admissão em unidade de internamento de cuidados paliativos enquanto conseguir ter alguma autonomia.

Anteriormente, montava a cavalo e participava em provas de competição, sendo um dos seus desejos voltar a montar.

Os Cuidados Paliativos constituem assim uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Neto, 2006).

A D. Ana Maria foi referenciada para ECCI por ter doença oncológica em fase terminal, ter manifestado o desejo de permanecer em casa e ter duas pessoas passíveis de serem cuidadores informais, o marido e a vizinha.

Após a referenciação para a ECCI, uma equipa constituída por enfermeiro, assistente social e médico, deslocou-se ao domicílio da doente para fazer a avaliação inicial. Da análise dos dados resultou um diagnóstico da situação que inclui a necessidade de controlo de sintomas essencialmente a dor, náuseas, tristeza e ansiedade, obstipação, apoio socioeconómico, preparação dos cuidadores informais. Esta avaliação foi o ponto de partida para a elaboração do Plano Individual de Intervenção.

A priori, foi definido que seriam realizadas pela equipa de enfermagem três visitas domiciliárias, por semana, para vigilância e intervenção. Contudo, veio a verificar-se também a necessidade de realização de visitas domiciliárias não programadas para controlo de sintomas.

Sendo indispensável a existência de cuidadores informais, este papel foi assumido pelo marido e pela vizinha. É mandatário que a família seja ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação.

Feita uma avaliação prévia aos potenciais cuidadores e constatada a insuficiência de conhecimentos para ajudar no controlo sintomático e apoio nas atividades de vida diárias. Foram realizadas reuniões com o marido e com a vizinha, definiu-se um plano para dar resposta a essas necessidades que incluiu informação, educação e encaminhamento. A implementação do plano e sua avaliação revelou claudicação do marido enquanto cuidador, sendo os cuidados assumidos essencialmente pela vizinha. Foi requerida a intervenção de Psicólogo para apoio ao marido.

Constatadas as desadequadas condições de habitabilidade, através da Assistente Social, foram feitas diligências, junto das instituições locais, para encontrar uma habitação social adequada aos recursos económicos da família. As Instituições Privadas de Solidariedade Social garantiram a limpeza da habitação e a confecção de refeições.

O controlo de sintomas é um fator determinante na qualidade de vida do doente oncológico. Para Neto (2006), o controlo sintomático engloba saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os sintomas que surjam no decorrer da doença e que têm repercussões diretas no bem-estar do doente. Torna-se então indispensável que as intervenções sejam orientadas para esse reconhecimento, ava-

liação e implementação de um plano de ação suscetível de fazer face aos sintomas.

A avaliação de sintomas iniciou-se na admissão e foi realizada de forma sistemática nas várias Visitas Domiciliárias, com recurso a escalas, nomeadamente, a Escala Numérica de Avaliação da Dor, Índice Katz, Escala de Lawton, Escala de Edmonton e Escala de Braden.

A D. Ana Maria referia dor não controlada. A maioria dos doentes com cancro têm mais do que um tipo de dor, pelo que se torna essencial uma avaliação exaustiva e sistemática. O objetivo é desenvolver uma estratégia de tratamento adequada do seu controlo, garantindo o direito das pessoas e o dever dos profissionais de saúde. Estas práticas, por parte dos profissionais de saúde, avaliam a resposta ao tratamento e guiam os planos de tratamento, mais adequados para cada pessoa. É igualmente imprescindível identificar as causas da dor, o seu impacto na função e no bem-estar da doente. A dor como experiência física e emocional é condicionada por sintomas, como ansiedade e depressão, tornando obrigatório no tratamento da dor oncológica considerar adequadamente outros aspetos do sofrimento da doente e o adequado apoio psicossocial (Pereira, 2006).

De acordo com a escala analgésica da OMS para o controlo da dor, existem três degraus para a utilização de técnicas farmacológicas, orientando os profissionais de saúde para a administração e prescrição das mesmas. Neste sentido, o degrau 1 é referente à dor ligeira e são utilizados fármacos não-opioides (AAS, AINES e paracetamol) na qual a dose pode ser ajustada ao máximo recomendado, a partir da qual após a mesma a dose causará efeitos secundários significativos; o degrau 2 corresponde a dor moderada em que são utilizados opioides fracos (tais como: codeína, Dihidrocodeína e Tramadol) estando limitados por doses teto e, por último, o degrau 3 corresponde a dor intensa e insuportável, sendo utilizados opioides fortes (morfina, buprenorfina, hidromorfina, oxicodona, fentanil) sem doses teto impostas (Pereira, 2006).

Para avaliação da dor foi utilizada a escala numérica da avaliação da dor e face à constatação de não controlo da mesma, foi solicitada uma visita domiciliária conjunta (enfermeiro e médico) para revisão da terapêutica. Após avaliação cuidadosa foi revista a terapêutica tendo sido aumentada a dosagem do Transtec para um penso de 70 mais metade de um penso de 17,5 de 2 em 2 dias e Sevredol passou a 20 mg de 4/4h. Procurou-se, com a doente, a adoção de posições antiálgicas, apelo a recordações positivas, definição de objetivos alcançáveis, medidas que se mostraram eficazes por períodos.

A D. Ana Maria apresentava anorexia, que é um dos sintomas mais comuns no cancro avançado. A existência de anorexia deve ser reconhecida e avaliada sistematicamente, ouvindo e ajudando a doente e seu cuidador a aceitar como um estado comum. O aconselhamento para minorar o seu efeito abarcou, também, a indicação de uso de pratos pequenos, reforço de ingestão de alimentos quando tem fome, seleção de alimentos de entre os preferidos, realização das refeições à mesa e com roupa adequada.

No seu caso, a anorexia era agravada pelas náuseas que estavam presentes, pelo que a doente foi instruída para fazer, antes das refeições, a administração de antiemético prescrito. Foi alertada para o facto de as náuseas poderem estar associadas à obstipação e ao tratamento da dor, que deve despistar e corrigir de acordo com as indicações.

A obstipação referida pela D. Ana Maria era devida à diminuição da atividade física, terapêutica em uso, redução da ingestão de alimentos. Verificada a ineficácia da terapêutica instituída, salientou-se a normalidade da diminuição das dejeções, a necessidade de reforço da ingestão de líquidos e de alimentos favorecedores do trânsito intestinal. Considerando a influência da imobilidade nesta situação, solicitou-se a intervenção de Fisioterapeuta para estabelecer um plano que promovesse a mobilidade da doente com benefícios no quadro de obstipação e contrariando a imobilidade a que está confinada.

A ansiedade está, frequentemente, associada à incerteza e ao medo do futuro (Twycross, 2001). Durante as visitas foi permitido à D. Ana Maria que expressasse as suas preocupações, tendo sido constatado que estavam, acima de tudo, associadas ao relacionamento distante que tem com a sua filha e à incerteza do futuro desta. Na verdade, houve um afastamento físico entre as duas, fruto da intervenção da CPCJ que determinou a institucionalização da menor, que é entendido pela mãe como abandono. Perante a demonstração de Ansiedade e de Tristeza, encaminhou-se para o Psicólogo para o devido acompanhamento, na expectativa de uma intervenção dirigida a uma aproximação afetiva mãe-filha.

Na gestão e validação de expectativas da doente face ao tempo que lhe resta viver, a equipa acompanhou a utente a uma aula de equitação tendo esta ficado muito feliz, tolerou pouco tempo esta atividade mas manifestou grande satisfação. Sempre que o estado clínico da utente o permitir, a escola de equitação, em regime de voluntariado e de forma gratuita, disponibiliza apoio para a utente voltar a montar.

Considerações finais

O cancro ao longo de décadas mobilizou um discurso de estigma, de representações marcadamente negativas, com uma simbologia particular, tida como doença incurável, grave e com prognóstico limitado. Enquanto fenómeno social total, é uma realidade complexa que não é passível de ser esgotada por uma única abordagem. No reconhecimento desta complexidade ganha sentido a verdadeira humanização dos cuidados de saúde, numa perspetiva transdisciplinar, em diferentes contextos.

O fim de vida do doente oncológico corresponde a um período de degradação progressivo, marcado pelo sofrimento físico e psíquico decorrente da evolução da doença. A consciência do sofrimento diminui a esperança e afeta a dignidade da pessoa. Os cuidados

paliativos afirmam a vida e sublinham a qualidade de vida como objetivo primordial da intervenção no fortalecimento das relações interpessoais e preparação para a morte. São cuidados ativos e globais, dirigidos ao doente e família.

O caso do doente oncológico é um dos múltiplos casos de pessoas que podem ser acompanhados pelos profissionais de saúde em visita domiciliária. No capítulo seguinte faz-se uma reflexão em torno do envelhecer e das representações que a sociedade tem dos mais velhos apresentando-se o acompanhamento das pessoas mais velhas em casa como uma oportunidade de valorizar a pessoa e de lhe permitir usufruir dos cuidados de saúde junto dos seus familiares, rodeada de afeto, sendo esta uma experiência da Região Autónoma da Madeira.

Referências bibliográficas

Andrade, C. M. (2014). *Membro da família prestador de cuidados: Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa.

Banha, P., Costa, D., & Mendes, I (2014). Controlo sintomático no doente oncológico: boas práticas de cuidados. *Onco.news*, VII(25), 30-37.

Cardoso, D. C. M., & Cardoso, C. M. (2013) Comunicação em Oncologia: Como Comunicar Más Notícias?. *Onco.news*. VI (22), 37-40

Collière, Marie-Françoise (1988). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - Orientações programáticas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado março 13, 2015, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal - Doenças Oncológicas em números - 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado

março 13, 2015, de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>

Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal - Doenças Oncológicas em números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado março 13, 2015, de <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014.aspx>

Duarte, S. F. C. (2010) *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o Papel do Enfermeiro*, Tese de Doutoramento em Enfermagem, ESEL, Lisboa

Ferreira, L. M., Santos, C. & Bulcão, E. (2012) Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Onco.news*. V (20), 20-27.

Fonseca, A., & Lopes, M. (2011). Experience of care to people with cancer, a student's perspective of training in nursing. *Rev Enferm UFPE On Line*. [DOI: 10.5205/01012007/Qualis B 2], 5(2). Recuperado março 13, 2015, de <http://www.revista.ufpe.br/revis-taenfermagem/index.php/revista/article/view/1754>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital*. Loures: Lusociência.

International Council of Nursing (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Marques, S. & Ferraz, A. (2004). A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares cuidadores. *REME Revista Mineira de Enfermagem*. 8(1), 182-190. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200005>.

Neto, I. G. (2006). Princípios e filosofia de cuidados paliativos. In Barbosa, A., & Neto, I. G. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de medicina de Lisboa.

Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In Barbosa, A., & Neto, I. G. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de medicina de Lisboa.

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência, 3ª edição.

Silva. C.A.M. & Acker, J.I.B.V. (2007). O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa porta-

dora de neoplasia. *REME Revista Mineira de Enfermagem*. 60(2), 150-154. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200005>.

Souza, J. R., & Seidl, E. M. F. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em psico-oncologia. *Brasília Médica*. 50(3), 242-252.

Stadelmaier, N., Duguey-Cachet, O. & Quintard, B. (2014). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado): An innovative tool to combine screening for psychological distress and patient support at cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 23, 307-314. DOI: 10.1002/pon.3421.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública “ Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lisboa: LUSODIDATA, 7ª edição.

Twycross, R. (2001). *Cuidados paliativos*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

World Health Organization (2002). *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2nd Edition. ISBN 92 4 154557 7. Acedido a 22 de Março de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>