



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo à Especialização

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Susana Amélia da Cruz Martins

maio, 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo à Especialização

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por Susana Amélia da Cruz Martins

Sob orientação de Professora Irene Oliveira

maio, 2013

Resumo

Este relatório expõe o percurso desenvolvido durante o Estágio, no sentido da aquisição de competências para a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Emprega como metodologia o método descritivo e analítico através da reflexão e descrição das atividades realizadas e encontra-se estruturado em quatro domínios de competências.

O Estágio Compreendeu três Módulos realizados no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano - Módulo I, na Unidade de Cirurgia Córdio-Torácica do Hospital São João – Módulo II e no Instituto Nacional de Emergência Médica – Módulo III e ocorreu entre 23/4/2012 a 2/2/2013.

Após o contacto com as diferentes realidades, doente e família, tornou-se importante refletir sobre considerações éticas, aspetos da comunicação/família e a importância do seu envolvimento no cuidar, visando a humanização dos cuidados, os instrumentos de gestão e liderança dos serviços e qual o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acrescenta-se ainda a relevância dos registos de enfermagem na continuidade de cuidados, a monitorização da dor e as medidas terapêuticas para o seu controlo, a importância de normas de atuação que permitam a uniformização/universalização das atitudes/cuidados dos profissionais, nomeadamente no que respeita às vias verdes de AVC/Trauma, sobre os cuidados específicos inerentes a doentes submetidos a transplante cardíaco. Foi ainda dada relevância à área da infeção associada aos cuidados de saúde, designadamente à Pneumonia Adquirida pelo Ventilador, como sendo uma área importante da atuação do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A ação nos diferentes contextos de estágio direcionou-se no sentido de ir ao encontro das necessidades identificadas e consideradas pelos serviços como pertinentes. Neste sentido, foram abordadas, em ações de formação, as atitudes ao cuidar do doente em agonia no Serviço de Urgência, o que permitiu compreender as particularidades inerentes à morte e aos cuidados paliativos, bem como reconhecer diretrizes relativas ao cuidar do doente em agonia e a transmissão de más notícias em contexto pré-hospitalar, conduzindo a uma consciencialização e apreensão sobre pormenores/indicações relativos à sua comunicação, assim como constatar que o enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica não deverá adquirir apenas conhecimentos de âmbito técnico, mas também comunicacional. Foi abordada no módulo de estágio III a adesão ao regime terapêutico, identificada como necessidade formativa, após os registos de ativações realizadas, sendo esta uma das temáticas que mais desperta atenção junto dos profissionais do serviço, dando origem a reflexões por parte dos enfermeiros.

A abordagem destas temáticas confrontou aspetos pertinentes, proporcionando momentos de introspeção sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados e prestados e a identificação de limitações. O estágio permitiu, não só conhecer a área de atuação da emergência e pré-hospitalar onde a imprevisibilidade impera, mas também conhecer uma realidade de Cuidados Intensivos diferente, levando a repensar e refletir as práticas e o modo de atuação nesta área.

Abstract

This report tells the process developed during the traineeship, in order to acquire skills for the specialization in Medical Surgical Nursing within the Master's in Nursing.

The selected methodology was the descriptive and analytical method, done through reflection and description of activities and it is structured in four areas of competence.

The traineeship included three modules carried out in the emergency of Pedro Hispano Hospital_ Module I, in the Unit Cardio-Thoracic Surgery of São João Hospital_ Module II and in the Norte Regional Branch of the Nacional Institute of Medical Emergency _ Module III that occurred between 23/4/2012 and 2/2/2013.

After having contacted with different realities, patient and family, it became important to reflect on ethical considerations, aspects of communication / family and the importance of their involvement in the caring, aiming to humanize it, services leadership and management instruments and the role of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing. Furthermore, it is also important the relevance of the registration nursing in the continuity of care, the monitoring of pain and the therapeutic procedures for its control, the importance of the execution rules that allow the standardization of attitudes and ways towards care related to the professionals, namely concerning the greenways of stroke/trauma and about the inherent specific care of cardiac transplant patients. It was also given relevance to the area of infection associated with health care, particularly to the Pneumonia Acquired through Ventilator as an important action area of the specialized medical surgical nurse.

The action in the different contexts of traineeship has been headed for the necessities identified and considered as relevant by the services. In this way, were approached, in action training, the attitudes in caring for the patients, in agony, in the emergency, which allowed to understand the particularities inherent to death and palliative care, and the announcement of bad news in context pre-hospital, leading to a consciousness and awareness about details concerning their communication, as well as to verify that the nurse in Medical Surgery service should not only acquire technical knowledge, but also the one related to communication. It was broached, in the module III of the traineeship, the accession to the therapeutic process, recognized and suggested as a formative necessity, after the registration of the activations achieved, being one of the subjects that most calls attention among professionals, leading to the nurses' reflection.

The approaching of these issues activated pertinent features, providing moments of introspection about the nursing practice, perceived and provided, and helped in the perception of restrictions. The period of traineeship allowed, not only to know the emergency acting area of pre-hospital, where unpredictability reigns, but also to identify a different reality regarding Intensive Care, instigating to the rethink and reflection about practice and the way of acting in this area.

Siglas e Abreviaturas

AVC _ Acidente Vascular Cerebral

BIPAP _ Bilevel Positive Airway Pressure

BO_ Bloco Operatório

CCI _ Comissão Controle Infecção

CI _ Cuidados Intensivos

CIPE _ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU_ Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE _ Desfibrilhador Automático Externo

DGS _ Direção Geral de saúde

EAM _ Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC _ Especialização Em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC _ Enfermagem Médico-Cirúrgica

EUA _ Estados Unidos da América

GNR _ Guarda Nacional Republicana

HCIS _ Health Care Information Systems

HIV _ Human Immunodeficiency Virus

IACS _ Infecção Associada aos Cuidados De Saúde

INEM _ Instituto Nacional de Emergência Médica

OE _ Ordem dos Enfermeiros

OMS _ Organização Mundial de Saúde

PAVI _ Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva

PCR _ Paragem Cardio-Respiratória

PNCI _ Plano Nacional de Controle de Infecção

PSP _ Polícia de Segurança Pública

REPE _ Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE _ Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV _ Suporte Avançado de Vida

SBV _ Suporte Básico de Vida

SE _ Sala de Emergência

SIV _ Suporte Imediato de Vida

STM _ Sistema Triagem de Manchester

SU _ Serviço de Urgência

TAE _ técnicos de ambulância de Emergência

UCI _ Unidade de Cuidados Intensivos

UDT _ Unidade de Dor Torácica

URD _ Unidade Rápida de Diagnóstico

VMER _ Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI _ Ventilação Não Invasiva

VV _ Via Verde

VVT _ Via Verde de Trauma

Agradecimentos

À Professora Irene Oliveira, a minha gratidão pelo estímulo e disponibilidade permanente na orientação deste trabalho.

A todos os meus colegas de curso e enfermeiros tutores e colegas dos vários serviços onde efetuei os meus estágios, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus Amigos e colegas pela paciência, compreensão e tolerância das minhas ausências.

Em especial ao Barros.

A ti... por tudo o que representas...

À Eschylle, amiga incondicional, nos bons e maus momentos e pela sua preciosa colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

À minha família pelo tempo que lhes subtraí e pela atenção que não lhes dediquei!

Agradeço sobretudo aos meus PAIS, pelo carinho, amor e compreensão durante toda a minha vida e que possibilitaram a realização deste percurso!

Índice

1. Introdução.....	13
2. Campo de Ação do Enfermeiro Especialista.....	19
2.1. Prática Profissional Ética e Legal	19
2.2. Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família	23
2.3. Gestão de Cuidados	38
2.4. Gestão da Qualidade	51
3. Considerações Finais	67
4. Referências bibliográficas	73
5. ANEXOS	85
Anexo I - Caracterização do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.....	87
Anexo II - Caracterização do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).....	93
Anexo III - Estudo de caso	97
Anexo IV - Mass training	127
Anexo V - Registo de ativações do Instituto Nacional de Emergência Médica INEM ..	131
Anexo VI - Formação em serviço no Módulo I – SU_“Pensar a morte nos cuidados de	
saúde: atitudes do cuidar no doente em agonia, em contexto de urgência”	142
Anexo VII - Formação em serviço no Módulo III – INEM _“Transmissão de más	
notícias no contexto pré-hospitalar”	206

1. Introdução

O presente trabalho decorre da Unidade Curricular Relatório, que integra o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pretende relatar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do Estágio de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).

A realização de estágios mostra-se elementar, dado que possibilita ao formando a aplicação prática e a integração de conhecimentos empíricos, obtidos ao longo da sua prática profissional através da realização de um ensino tutelado, estruturado e delineado. E o objetivo dos estágios é proporcionar experiências importantes, tendo em conta a promoção das competências essenciais para um exercício independente e eficiente.

O estágio foi realizado em serviços e unidades de saúde protocoladas com a Universidade Católica Portuguesa, no período compreendido entre 23 de abril de 2012 e 2 de fevereiro de 2013 e compreendeu três Módulos que correspondem a três locais distintos para executar prática clínica. O módulo I foi realizado no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pedro Hispano, o módulo de estágio II na Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica do Hospital São João e o módulo de estágio III (módulo opcional_realizado na área da assistência pré-hospitalar) na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). A estruturação em três módulos permitiu, em diferentes locais, ocasionar momentos de reflexão clínica das necessidades e problemas do doente/família em distintos contextos de prestação de cuidados.

A escolha dos diferentes locais de estágio foi alvo de reflexão, tendo em conta os objetivos a desenvolver e as possibilidades, que à partida, teriam os serviços/unidades para a consecução dos mesmos. A passagem pela área da emergência pré-hospitalar (módulo

opcional) e o SU pareceu-me importante, visto desenvolver a minha atividade profissional numa UCI de forma a perceber o percurso do doente desde a ativação do 112 até à admissão no meu serviço, bem como perceber as particularidades dos doentes que recorrem a estes serviços, mesmo aqueles que não necessitam de CI e perceber em que intervenções autónomas poderia o enfermeiro de EEMC ser uma mais-valia. No que respeita à Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica a escolha recaiu, por considerar que me iria ocasionar momentos de prática clínica num contexto de UCI diferente do meu local de trabalho, também por ser um serviço constituído por diferentes áreas: Bloco Operatório, CI e Cuidados Intermédios, facultando deste modo a observação do doente em diversas fases da sua doença.

O **Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano** presta cuidados hospitalares diretos à população dos concelhos de Matosinhos e da Maia e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Trata-se de um Serviço de Emergência Médico-cirúrgica e como tal o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direção Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com o Hospital de São João e o Hospital de Santo António no porto e a um nível inferior (com urgência básica) com os Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa do Varzim. É composto por uma equipa multidisciplinar dotada de Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais e Técnicos de Cardio-Pneumologia, que dão resposta nas 24 horas.

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, localiza-se no piso -1 e do qual fazem parte as diversas áreas funcionais: área de Admissão e Receção, área de Triagem (o atendimento aos cidadãos efetua-se através do algoritmo do Sistema de triagem de Manchester), Sala de Emergência, Sala de Trabalho de Enfermagem, Sala de Inaloterapia, Sala de Tratamentos, Sala de Pequena Cirurgia e a Área de Observações – OBS/Unidade de Dor Torácica (anexo I)

A **Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica do Hospital de São João** localiza-se no piso 8 e engloba a de Unidade de Cuidados Intensivos (tem uma lotação de 10 camas, sendo que uma delas é normalmente reservada para os doentes transplantados); a área de Cuidados Intermédios (é constituída por outras 10 camas) e o Bloco Operatório.

Esta Unidade recebe predominantemente doentes com patologia cardíaca, todavia são admitidos doentes com patologia pulmonar, bem como transplantados cardíacos. As cirurgias mais frequentes são a revascularização do miocárdio através de *bypass* e reconstituições das artérias pós dissecções. Admite essencialmente doentes adultos e mais raramente crianças e adolescentes.

Os doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos são provenientes maioritariamente do Bloco Operatório (BO), contudo podem vir do Serviço de Urgência ou ainda transferidos de outras unidades hospitalares; enquanto a Unidade de Cuidados Intermédios admite os doentes provenientes da Unidade de Cuidados Intensivos, do internamento, do serviço de urgência e ainda doentes transferidos de outros hospitais.

Para a Unidade de Cuidados Intensivos vêm maioritariamente o doente pós-cirúrgico e geralmente com suporte ventilatório invasivo. O objetivo central dos CI é a estabilização hemodinâmica do doente e a evolução no desmame ventilatório, com o intuito de o mais precocemente possível transferir o doente para a unidade de cuidados intermédios.

A Unidade de Cuidados Intermédios admite maioritariamente o doente pós-cirúrgico e hemodinamicamente estável proveniente da UCI e cujo objetivo central é iniciar a reabilitação do doente para a alta clínica. Onde o doente inicia o levantar e faz exercícios de reabilitação e ainda de cinesioterapia respiratória, que são iniciados pelos enfermeiros e posteriormente pelas enfermeiras de reabilitação do serviço que se encontram no turno da manhã e da tarde e ainda pelos cinesioterapeutas que se deslocam à unidade.

O **Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)** em território nacional pressupõe o acompanhamento e assistência dos sinistrados ou vítimas de doença súbita até à unidade de prestação de cuidados de saúde de forma adequada e eficaz. Para tal, age em parceria com outras instituições, inseridas no Sistema Integrado de Emergência Médica (PSP, GNR, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde) e coordenadas pelo INEM. Para esse efeito, o INEM dispõe de vários meios, que são ativados de acordo com a situação em causa. Estes podem ser: ambulância Suporte Básico de Vida (SBV); ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV); Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); helicóptero e mota.

O primeiro passo para a ativação dos serviços de emergência é a chamada para a linha 112. Esta ligação recai numa central de emergência da PSP ou da GNR, que canalizam para o CODU do INEM as chamadas que dizem respeito à saúde.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Porto, Lisboa, Coimbra e Faro. Compete a estes centros, onde se encontram técnicos, médicos e uma psicóloga, atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O atendimento das chamadas é feito por operadores com formação específica, que fazem a triagem, aconselhamento e envio de meios de socorro (INEM, 2009) (anexo II).

Ao longo deste estágio tive oportunidade de realizar um turno no CODU, dois turnos em ambulâncias SBV, 15 turnos em ambulância SIV e 10 turnos em VMER, em vários locais da zona Norte: CODU Porto, ambulância SBV Base Porto2, SIV Gondomar e Ponte de Lima, VMER São João e Viana do Castelo.

Esta passagem pelos diversos meios revelou-se de suma importância de forma a melhor compreender a articulação entre os meios, as diferenças na assistência prestada pelos mesmos, as situações que desencadeiam a sua ativação, bem como a tripulação e os meios que os compõem.

Esta passagem pelos diversos meios e em diferentes pontos geográficos proporcionou-me a observação de diferentes realidades e formas de atuação, bem como uma visão global do trabalho efetuado na área do pré-hospitalar.

Associado ao estágio figura a necessidade de desenvolver um relatório cujo objetivo é refletir acerca das atitudes desenvolvidas durante os módulos de estágio face aos objetivos gerais e específicos traçados aquando do seu planeamento, relatar as oportunidades de melhoria identificadas e as estratégias sugeridas e implementadas para a sua resolução. e deve ser visto como uma ferramenta potenciadora de reflexões, assegurando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos (docentes e discentes). É ainda uma ferramenta que ajuda no crescimento do aluno, dado que é esperado que aquando da construção do mesmo leia e reflita sobre o que leu e se posicione a partir da reflexão e alargue a busca de respostas (Ferreira e Bueno, 2005).

Segundo o ponto 3 do Artigo 7.º da Lei 111/2009, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros define que o Enfermeiro Especialista tem “*competência científica, técnica e humana para*

prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem.” A Ordem dos Enfermeiros (2009, p.4) refere que Enfermeiro Especialista é *“um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”*. Neste sentido decidi estruturar este relatório tendo por base os domínios de competências do enfermeiro, seguindo as orientações procedidas pela OE (2009) no Modelo de Desenvolvimento Profissional, estruturei o relatório em 4 competências: Domínio da Responsabilidade Ética e Legal, Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família, Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade, por ser esta a organização que considero traduzir com mais fidelidade o perfil do enfermeiro especialista.

A metodologia selecionada foi o método descritivo/reflexivo, através da fundamentação e exposição das atividades realizadas, tendo por base pesquisa bibliográfica/cibergráfica, a mobilização de conceitos adquiridos na componente teórica da especialização e considerando a vivência académica, profissional e pessoal, a partir de situações reais.

2. Campo de Ação do Enfermeiro Especialista

O Processo de Bolonha reestruturou o Sistema de Educação. O paradigma de ensino baseado num modelo de passividade associado à transmissão de conhecimentos deu lugar a um ensino baseado no desenvolvimento de competências.

O aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de Enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e em intervenções de elevado nível de atuação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde (Leite, 2006).

As ditas competências foram divididas por quatro domínios tendo em conta as orientações provenientes da Ordem dos Enfermeiros (2009): **Prática Profissional Ética e Legal, Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade**. A reflexão crítica das atividades permitir-me-á chegar a conclusões relativas às competências que adquirir com a aprendizagem vivida no estágio.

2.1. Prática Profissional Ética e Legal

Este domínio centra-se em conhecimentos ético-deontológicos e no respeito por estes princípios, assim como pela vontade expressa pelo doente.

A Ética da Enfermagem “...reflete não só sobre o que nós, enfermeiros, devemos fazer no exercício da Enfermagem mas também sobre o que devemos ser na relação com os nossos utentes” (Vieira, 1995, p.115).

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro) “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Art.º 78, nº 1), e os

enfermeiros devem igualmente seguir um dos princípios orientadores da prática profissional de enfermagem “o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes” (Art.º 78, n.º 3, alínea b). Sendo esta uma prática pelo qual o enfermeiro especialista se deve reger, procurei ao longo dos estágios exercer uma prática ética, refletida e adequada a cada situação. Pelo que pesquisei algumas leis, tais como: Lei de Bases da Saúde (Lei:48/1990 de 24 de agosto), enquadramento legal do enfermeiro especialista (Decreto-Lei n.º 111/2009), Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei: 11/1993 de 15 de janeiro).

Todos os pressupostos acima referidos foram respeitados ao longo dos distintos módulos de estágio em todas as intervenções executadas, planeadas e avaliadas, pois a meu ver devem ser sempre integrados em qualquer que seja o contexto da prática de enfermagem.

De forma a atingir este objetivo demonstrei ao longo de todos os módulos de estágio respeito pela individualidade do doente/família, aquando do contacto com os mesmos, bem como pelo Código Deontológico (avaliando as necessidades), proporcionando-lhes espaço para manifestarem a sua vontade. A propósito deste assunto vou dar como exemplo uma situação nomeadamente, no módulo de estágio III_INEM, um caso de ativação para uma situação de desmaio em contexto de rua numa vítima do sexo masculino, um adulto que teria sofrido uma síncope após assistir a um funeral, À chegada ao local encontrava-se consciente, orientado, a deambular e com os sinais vitais estáveis. O senhor foi aconselhado a ser transportado para o hospital e recusou, pelo que foram efetuados ensinamentos à família, antes de abandonar o local, acerca dos procedimentos a realizar caso a situação se verificasse novamente e o senhor assinou um documento de recusa de transporte.

A ida ao hospital poderia permitir um estudo mais aprofundado do motivo desencadeante da síncope, todavia encontra-se expresso na Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei: 48/1990 de 24 de agosto, Base XIV, alínea b, p.3454), que o doente tem direito a “decidir, receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta”, após ter-lhe sido explicado de forma adequada, tendo em conta o seu nível de compreensão, as condicionantes ao seu estado de saúde. O doente desde que goze de sua plena autonomia, reserva-se ao direito de aceitar ou recusar os cuidados/assistência que a equipa que o está a assistir lhe sugere. Daí julgar a atuação da equipa a mais correta, perante esta situação.

O SU apresenta-se usualmente estigmatizado por uma imagem que se traduz num “acumular de macas” pelos corredores e consultórios, alvoroço, agitação e azáfama,

gerando a ideia de total inexistência de privacidade e por fim uma desumanização dos cuidados. Todavia é um serviço marcado pela imprevisibilidade e pela responsabilidade, onde rotina não é uma palavra de ordem, cada caso é um caso impossibilitando a estandardização dos cuidados a prestar. As situações acontecem de forma inesperada e os profissionais têm de possuir a capacidade de avaliação rápida de quem aqui recorre e deliberar de forma veloz, consciente e humana, de modo a garantir a máxima qualidade na prestação de cuidados. Este serviço garante o atendimento de um grande número de indivíduos por ano. No intuito de proporcionar uma resposta de qualidade, ajustada às reais necessidades de quem a este recorre, mostrou-se pertinente priorizar o nível de cuidados introduzindo nos SU o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este sistema garante um acesso equitativo, triando os indivíduos por ordem de necessidade e não por ordem de chegada, permitindo colocar o doente no local correto de modo a receber o nível apropriado de cuidados.

Durante o módulo de estágio I_SU, tive oportunidade de observar/participar no Sistema de Triagem de Manchester, consultei o manual de procedimentos e posteriormente procedi a consulta bibliográfica, de forma a entender o seu funcionamento e aplicabilidade, o que me permitiu refletir na e sobre a prática, de forma crítica. Compreendi que a sua prática é importante, na medida que tem por objetivo a determinação de prioridades que são o alicerce da organização dos cuidados de enfermagem, indo de encontro às necessidades deste tipo de serviço e do doente urgente, pois ajuda no encaminhamento/atendimento dos diferentes doentes tendo por base os critérios de gravidade, a partir da queixa inicial do doente. Também que o mesmo não é estanque, ou seja, o doente pode a qualquer instante ser re-triado e é reavaliada a sua prioridade, pelo que se assume a necessidade de profissionais experientes e com formação adequada/específica nesta área.

Do ponto de vista pragmático, não é possível atender todas as pessoas que acorrem ao SU no mesmo espaço de tempo, daí que para manter os padrões da equidade no acesso a cuidados, foi preciso encontrar um método justo, objetivo e definido por parâmetros clinicamente seguros. Tendo sido implementado em Portugal o STM no ano de 2000, este sistema tem origem na cidade britânica de Manchester em 1994. O STM é um processo a implementar em todos os doentes que afluem ao serviço de urgência para determinar a gravidade do quadro clínico quer de uma doença ou de uma lesão. Define-se como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de

saúde a prestar (Cronin, 2003). Colocar o doente certo no local correto, para receber o nível adequado de cuidados, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos, é objetivo primário da Triagem. Espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento, um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar, são componentes de um sistema de triagem eficiente (Toni and McCallum, 2007). O STM pretende estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico. Este conceito baseia-se em três princípios: a observação de triagem num SU tem como propósito facilitar a gestão clínica dos doentes e paralelamente a gestão do serviço, através da atribuição exata de uma prioridade, o tempo de observação de triagem não pode visar a obtenção de um diagnóstico, se não estaria entregue ao fracasso; a prioridade não tem de estar obrigatoriamente relacionada com o diagnóstico deve é refletir um número de aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente. A identificação errada de uma prioridade de um nível baixo, pode ter, consequências graves no cuidado ao doente devido aos longos períodos de espera. Contudo, a identificação inapropriada de uma prioridade alta pode aumentar o tempo de espera dos casos realmente urgentes e ter também repercussões graves.

O enfermeiro desta área tem de ser ágil, atento, observador, seguro, confiante e um bom gestor de conflitos, pois este sistema de triagem por níveis de prioridades, apesar de justo nem sempre é bem visto pelo doente/família gerando conflitos. Observei que alguns doentes e familiares têm dificuldade em perceber que este sistema não preconiza o atendimento médico por ordem de chegada mas por níveis de gravidade e que por conseguinte o tempo de espera encontra-se circunscrito ao atendimento por ordem decrescente de gravidade, e ainda que este mesmo atendimento encontra-se muitas das vezes dependente dos recursos humanos disponíveis e que também estes nem sempre estão otimizados de forma a responder às necessidades reais preconizadas para este tipo de serviço.

Durante o estágio e contrariamente ao que havia suposto, os enfermeiros, apesar de um sistema que avalia a prioridade de um doente tendo em conta os dados introduzidos sem espaço para juízo de valores, verifiquei que este facto não é inteiramente exato. Pois o enfermeiro avalia o doente usando a sua perceção dos factos ao mesmo tempo que executa os fluxogramas do STM, permitindo-lhe realizar uma avaliação sumária e identificar problemas que exigem intervenção rápida, “atribuindo” ao paciente a prioridade onde a

intervenção será mais adequada. Devo salientar a perspicácia dos enfermeiros nesta área, bem como a preocupação, apesar das dificuldades a nível de recursos humanos, em cumprir os tempos de espera, assim como a preocupação em pesquisar no sistema se o encaminhamento do doente foi o adequado.

Considero ter demonstrado competências de comunicação com conhecimentos aprofundados no relacionamento com a pessoa/ família em situação crítica que me permitiram ter uma conduta de acordo com os princípios ético-deontológicos e legais, salvaguardando os direitos dos doentes na resolução dos seus problemas, respeitando as suas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual.

2.2.Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família

A prestação de cuidados especializados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista. Segundo a Ordem do Enfermeiros (2007a, p.15) o Enfermeiro Especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*. Nesta perspetiva, segundo Alarcão e Rua (2005), a sua competência deve assentar num conjunto de características:

- uma personalidade equilibrada, humanista e responsável;
- conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados;
- capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;
- uma atitude de aprendizagem contínua.

Neste sentido, desenvolvi nos diferentes módulos de estágio as seguintes atividades/comportamentos: demonstrar conhecimentos académicos e da prática profissional, empregando-os na prestação de cuidados especializados; consultar informação, nomeadamente acerca de dúvidas surgidas da área da especialidade, consulta de documentos publicados pela OE (Código Deontológico, competências do enfermeiro

especialista, entre outros); ocasionar momentos de diálogo com a restante equipa, com o intuito de proporcionar troca de experiências e refletir sobre a prática diária com as tutoras.

As Enfermeiras tutoras estiveram presentes nas minhas necessidades, desempenhando os seus papéis da melhor forma e mostrando-se incansáveis. Não posso deixar de reforçar que tiveram disponibilidade para o acompanhamento do meu percurso formativo/informativo, dado que também me acompanharam, orientaram e supervisionaram nos turnos realizados. O acompanhamento dos módulos de estágio desenvolveram-se com bastante profissionalismo, competência e rigor. O agir em conformidade com os valores que me foram transmitidos, os valores da profissão e os valores a quem me dirigia, foram fatores que me ajudaram a refletir o que é afinal correto, na forma como se deve agir, não só com o respeito pela dignidade humana, mas também seguindo o Código Deontológico e o meu próprio código de valores, respeitando sempre o outro.

A Enfermagem é segundo a OE “... a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.15). O termo *cuidar* está ligado aos cuidados de manutenção das funções vitais (comer, beber, vestir-se, levantar-se, andar e comunicar) e também a elementos afetivos, relacionais, éticos e sociais, e centrado na pessoa, não como uma entidade abstrata, mas de uma forma personalizada, numa visão holística. Watson (2002, p.55) defende que “*Cuidar é o ideal moral da Enfermagem pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana*”.

O ambiente de CI, repleto de alta tecnologia, focaliza-se na monitorização e tratamentos das alterações que ameaçam a vida. Por conseguinte, os profissionais de enfermagem apoiam-se na mesma para diagnosticar antecipadamente eventuais alterações de estado clínico do paciente, suscetíveis de ocasionar um agravamento clínico de forma a assegurar a estabilidade hemodinâmica do doente. Para Bártolo (2008) os cuidados intensivos contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, na medida em que os enfermeiros colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos, e é desta confluência que surgem as novas competências profissionais. A prevenção de complicações, ou o seu despiste precoce foi assim uma área que privilegiei. Executei intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação diagnóstica proveniente

da vigilância intensiva, tais como gestão do oxigénio, gestão de pressão arterial, identificação de complicações, gestão de sinais, sintomas e terapêutica entre outras.

Atualmente, os enfermeiros, pela proximidade com o doente, encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no **controlo da dor**. O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados e como tal, todos os profissionais de saúde devem estar cientes de que a dor é sempre uma experiência subjetiva e pessoal e que devemos dar relevância ao auto-relato, pois como referem Mccaffery e Pasero citados pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.15) dor “*é aquilo que a pessoa e que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*”.

Segundo os princípios orientadores do Programa Nacional de Controlo da Dor, esta é considerada como o 5º sinal vital. A dor é um fenómeno fisiológico, dependendo do contexto, pode ser um sintoma ou uma doença crónica. Definida pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*” (Merskey e Bogduk, citados por DGS, 2008a, p.6). Constituindo uma das sensações/sintoma mais associada ao doente crítico, decorrente da sua condição de saúde, imobilidade e atos de diagnóstico ou terapêuticas, mais ou menos, invasivas a que tenha sido submetido.

A avaliação e registo regular da intensidade da dor para além, de proporcionar um alívio efetivo do sofrimento do doente permite otimizar meios e recursos, como os farmacológicos, exames complementares de diagnóstico ou processos/técnicas terapêuticas de uma forma muito mais eficaz e precisa, transmitindo à equipa de enfermagem uma sensação de segurança e proporcionando conforto adequado ao doente e conseqüente humanização dos cuidados de saúde. A dor como sintomatologia carece de avaliação, contudo, ao contrário de outros indicadores biológicos este não é mensurável, mas avaliável por intermédio de escalas padronizadas que nem sempre são aplicadas, como é o caso desta Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica, por subsistir a agravante de os doentes terem dificuldade ou impossibilidade de se expor verbalmente. Em conseqüência da sua subjetividade, a deteção da dor, exige do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, uma atenção especial, experiência e treino. São avaliados parâmetros como a desadaptação ventilatória, estado hemodinâmico e a observação do doente (face,

membros), para se conseguir fazer o diagnóstico de dor. Existem protocolos de analgesia, que permitem a sua gestão tendo em conta escalas, como a Escala Visual Analógica (EVA/VAS) ou a ECD (Escala de Coma da Dor) em uso no meu local de trabalho e que permitem avaliar/registar a dor do doente e avaliar a resposta do mesmo à analgesia administrada.

Para melhorar a qualidade de vida do doente não basta detetar e identificar a sua origem é imperativo atuar para tal, os profissionais têm que valorizar a dor, ou seja, avaliar a sua intensidade para agir em conformidade, minimizando, se possível eliminando a sensação de desconforto e sofrimento do doente. Uma das formas de minimizar a dor é através da administração de fármacos analgésicos. Os mais usados na unidade de cirurgia cardio-torácica são a morfina e o paracetamol. A maior parte dos doentes têm cobertura analgésica prescrita, ou em perfusão contínua ou em SOS, para ser administrada na presença de dor, o que concede aos enfermeiros uma maior flexibilidade para gerir a analgesia, aumentando ou diminuindo a dose e o espaço de tempo entre as doses consoante a necessidade e a farmacocinética/farmacodinâmica da medicação analgésica prescrita. Este processo requer uma boa base de conhecimentos teóricos acerca dos fármacos, de forma a assentar a tomada de decisão.

No que diz respeito às estratégias não farmacológicas de controlo da Dor realizadas na Unidade de cirurgia Cardio-Torácica realço as medidas de controlo do ambiente físico. Estas vão de encontro à redução do ruído, da luz direta, do estímulo e da manipulação desnecessária, e nas medidas de conforto é dada especial atenção ao cuidado da postura e manutenção da flexibilidade. Devo ainda realçar a musicoterapia, ou seja, a existência de música ambiente e ainda a existência de televisão como medida de distração. No âmbito da dor devo ainda salientar que nos restantes módulo de estágio (pré-hospitalar e SU), a dor é também tida em consideração e o seu alívio é fulcral.

Segundo a DGS (2003a), a Medicina Física e de Reabilitação surge como uma área de especialização médica, para responder à necessidade de apoiar as várias especialidades de forma global ou diferenciada particularmente quando estão em causas situações potencialmente incapacitantes. Profundamente imbuída de um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, **a reabilitação** procura contribuir, de modo científico, para a reabilitação/recuperação do individuo afetado funcionalmente por doença ou traumatismo.

Para ser bem-sucedida, a reabilitação deve envolver uma equipa multidisciplinar, um esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, esta deve estabelecer uma estratégia com objetivos comuns e desenvolver ações convergentes e sinérgicas dentro e fora das instituições, visando a reintegração e readaptação socioprofissional do paciente, considerando, o elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas. Por outro lado, o aumento da longevidade corresponde a um aumento de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes exigindo dos profissionais maiores níveis de especialização ou competências profissionais, no intuito de promover a recuperação física e psicológica, tendo em vista a reintegração social do doente.

Não tendo sido um objetivo delineado para os módulos de estágio, pude identificar a importância das intervenções das enfermeiras de reabilitação (nos turnos diurnos), no serviço de Cirurgia Cardio-torácica ao nível da cinesiterapia respiratória para melhorar a função ventilatória, da mobilização articular e do posicionamento terapêutico com o objetivo de minimizar os efeitos adversos da dificuldade na mobilização, do levantar precoce e exercícios ativos com o doente para o aumento da sua capacidade funcional e bem-estar psicológico.

Desta forma, colaborar na prestação de cuidados especializados em reabilitação tornou-se bastante produtivo no meu enriquecimento de experiências vividas em estágio. Como aluna da EEMC relato a importância na colaboração e visualização de técnicas de reabilitação, não contestando o lugar do enfermeiro especialista em reabilitação, mas ressaltando a importância dos enfermeiros especialistas em EEMC as colaborarem na ausência deste, ou sempre que considerem que a sua prática proporcionará ao cliente cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo Escuder (citado por Cardoso, 2006, p.71), “*a comunicação é um determinante central de saúde. O que comunicamos e como vivemos sofrem influências das informações que obtivermos*”. As competências comunicacionais constituem a chave para as relações interpessoais positivas, e se estas não se estabelecerem é pouco provável que se obtenham os factos reais, se compreendam os verdadeiros problemas e se consiga ajudar as outras pessoas, daí a importância do seu desenvolvimento. Todavia, estas são somente metade do que é exigido para a construção de relações interpessoais sólidas, que são desenvolvidas

tanto pelo nosso comportamento como pela nossa forma de comunicação, pois os atos falam mais alto que as palavras (Alfaro-Lefevre, 2005).

Segundo Nunes et al (2008), o enfermeiro precisa de conhecer as técnicas de comunicação e aplica-las no seu contacto direto com os doentes e seus familiares, observando, avaliando e respondendo à comunicação da forma mais adequada a cada situação. Para isso, é necessário conhecer o contexto de prestação de cuidados e as características da pessoa que temos à nossa frente.

É fundamental a comunicação e o relacionamento assertivo que o Enfermeiro Especialista em EMC deve estabelecer com o paciente/família, razão pela qual, conhecer as diferentes formas de comunicação (verbal, não verbal e abstrata) e os fatores que a influenciam é essencial. Uma comunicação eficaz pressupõe que a linguagem seja apropriada à situação, clara e oportuna, o que implica a utilização de técnicas de comunicação eficazes e assertivas, sendo o saber escutar e ouvir fundamentais em todo este processo.

Uma comunicação eficaz implica conhecer o contexto de prestação de cuidados e as características da pessoa que temos à nossa frente. Em ambiente de CI muitas das vezes o foco que é a pessoa doente é descurado, dando-se “prioridade” à doença e ao tecnicismo. A especificidade técnica destas unidades, impossibilita muitas das vezes, os enfermeiros de dedicarem tempo e atenção efetiva ao doente, centrando-se na gravidade do estado clínico e na sua resolução. Pelo que não é raro o afastamento da dimensão afetivo-relacional da prestação de cuidados.

Esta não é uma realidade que me seja alheia, dado que presto cuidados numa UCI. Todavia desenvolver esta competência não é tarefa fácil, é um desafio. Pois muitas das vezes os doentes encontram-se incapacitados de comunicar ou têm esta capacidade diminuída, pelo que o treino da perceção se revela de extrema importância: olhar e ver realmente, escutar e ouvir verdadeiramente e palpar sentindo. Esta foi a conceção que tentei transmitir ao longo dos módulos de estágio, fazendo dela uma presença firme no meu processo de humanização.

Neste domínio, um aspeto que considero relevante refere-se ao módulo de estágio II_ unidade de cirurgia cardio-toracica é que, embora o domínio da função predomine como aspeto central da intervenção dos enfermeiros, existe também preocupação da equipa em

intervir no domínio da pessoa. Uma das atividades por mim concretizadas foi para além de me centrar no foco vigilância, ensinar aos doentes, quando adequado, a técnica de distração através da televisão com o objetivo de promover o auto-controle de ansiedade. Esta simples intervenção possibilitou abstrair alguns doentes do contexto onde estavam inseridos reduzindo a ansiedade, contribuindo desta forma para uma recuperação mais rápida, obtendo como tal ganhos em saúde.

A nível de especializações/pós-graduações/mestrados é esperado que os estudantes desenvolvam capacidade de utilizarem resultados da investigação na sua prática, de avaliar a relevância clínica dos resultados de investigação, de analisar histórias de vida, de analisar relatórios de investigação e de desenvolver estudos de caso (Basto e Carvalho, 2003).

Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Simultaneamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

Neste domínio desenvolvi um **estudo de caso (Anexo III)** durante o módulo de estágio II_Unidade de cirurgia cardio-Torácica, de forma a desenvolver a minha conceção de cuidados. Heidgerken, citado por Galdeano *et al* (2003), refere que o estudo de caso: fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o cliente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma interventiva nos problemas do cliente; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribuirão para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem.

Como duplo desafio para a análise académica avançada sobre este estudo de caso usei a CIPE. Tratando-se de uma linguagem com a qual não estou familiarizada, o primeiro passo foi a identificação das parametrizações feitas pelo serviço.

Da realização deste estudo de caso, concluo que o curto espaço de tempo para a prestação de cuidados à doente, assumindo que foi apenas a parcela de um turno, foi limitante para a prestação de cuidados e dificultou a realização das atividades de enfermagem idealizadas.

Nesta unidade o enfermeiro depara-se, na maioria das vezes, com situações agudas que exigem uma resposta atempada e rápida, pelo que o processo de enfermagem tem que ser implementado em questões de minutos, neste sentido o enfermeiro tem que identificar prioridades de forma a orientar as suas ações sobre o foco que compromete as funções vitais do doente naquele momento.

Neste estudo de caso compreendi que **a família** deve ser também meu foco de atenção, sem me descentralizar do cuidado ao doente. O enfermeiro especialista deve possuir competência para aumentar a dinâmica familiar.

A atenção à família é importante no ambiente de CI, na medida em que, os familiares lidam de muito perto com a possibilidade de morte do doente, o que gera grande sofrimento. Até mesmo pequenas alterações no estado do doente podem provocar oscilações entre esperança e desesperança nos sentimentos dos familiares. E ainda, porque estes doentes estão na maior parte das vezes impedidos de comunicar e tomar decisões, requerendo um familiar para tomar decisões e responder por ele.

Cuidar é *“um processo cuja meta não é a cura e sim uma ação, que além de procedimentos técnicos e conhecimentos, engloba atitudes e comportamentos”* (Waldow, 2004, p. 12), que *“visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”* (Waldow, 1998, p. 129). Conciliar trabalho com cuidado, que são complementares, é o grande desafio. As pessoas vivem escravizadas pelas estruturas de trabalho produtivo, despersonalizado e submetidos à lógica da máquina. É urgente resgatar o cuidado e esse resgate só se poderá dar por meio de uma forma diferente de entender e realizar o trabalho (Boff, 1999).

O apelo à humanização da assistência hospitalar favoreceu o desenvolvimento de uma prática de cuidados em sentido integral. O cuidado à família avançou, especialmente na forma de acolher a família nas unidades de cuidados intensivos. Arrogando que o doente é parte integrante de uma família e que o foco de atenção deve ser o doente/família, neste tipo de unidades deve ser usado o momento das visitas, ainda que curto, para conversar com a família, identificando os seus momentos críticos e fornecer apoio, informação e

segurança, pois mesmo os encontros rápidos podem traduzir-se numa mais-valia. Permitindo que a família possa ser e continuar a ser família em cuidados intensivos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007b), a interação com a **família** permite um alargamento à sociedade da essência dos cuidados de enfermagem, e conseqüente aumento do grau da visibilidade da profissão de enfermagem perante a sociedade, visto que esta depende da participação dos enfermeiros, da visibilidade que estes dão à sua profissão, assim como do empenho com que o fazem. Para além disso, é necessário dar espaço à família para comunicar os seus medos, ansiedade e *stress*, demonstrando disponibilidade física, psíquica e emocional. Perante isto, a inclusão da família na relação terapêutica, permite criar um ambiente de empatia e transmite segurança. Todavia, este não é um processo fácil pelas características do espaço físico da unidade, tempo limitado das visitas, limitação das visitas, indisponibilidade da família para visitar o doente, dinâmica do serviço (admissões, exames, idas ao bloco operatório e transferências atrasam e limitam a permanência das visitas junto do familiar e minimizam o tempo de contacto com a equipa de saúde). Mesmo face a estes obstáculos, colaborei com a equipa no alívio da ansiedade, medo e sensação de isolamento dos familiares dos doentes internados. Foram várias as estratégias utilizadas: informação acerca dos procedimentos invasivos/exames realizados ou a realizar; informação acerca dos parâmetros indicados no monitor; explicação de reações dos doentes, como tosse, bocejo; apoio presencial quando solicitado e conveniente; criação de esperanças realistas acerca da situação de saúde e recuperação. A propósito deste foco vou dar como exemplo a situação nomeadamente referente ao estudo de caso em que os familiares se encontravam muito ansiosos, com medo, tristes e sentiam-se impotentes perante a situação/diagnóstico da familiar, pelo que após lhes ter sido explicado por mim e pela minha tutora as causas do estado da doente, lhes terem sido esclarecidas dúvidas e permitido a expressão de sentimentos a família ficou menos ansiosa e apreensiva relativamente ao estado da familiar.

“É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, Côté e Vissandjée, 1999, p.23). A Investigação pode ser entendida como a ponte entre a prática e teoria e os estudos ganham forma e conteúdo a partir de questões sobre a prática, sobre o ensino e sobre a gestão, no sentido de produzir conhecimentos e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados. De facto, a prática de cuidados deve ser baseada no conhecimento validado e aumentado por

via da investigação, e o alcance dos ganhos em saúde depende tanto da quantidade e qualidade de conhecimentos disponíveis, como na interligação dos conceitos e teorias existentes.

O desenvolvimento da investigação permitiu reconhecer, que a existência de normas e protocolos de atuação e consequente uniformização de cuidados/attitudes por parte dos profissionais traduz ganhos em saúde. Neste âmbito, pode-se certificar esta mais-valia na aplicação dos protocolos de Vias Verdes (Coronária, AVC, Sépsis e Trauma), por parte dos profissionais da área pré-hospitalar como de urgência. Pois quando cumprido o conjunto de attitudes preconizadas, nomeadamente na área pré-hospitalar, geralmente onde são detetados os sintomas numa fase inicial da doença, minoram as complicações e a morbilidade/mortalidade que lhe estão associadas. De forma a estandardizar estas attitudes a Direção Geral de Saúde, estabeleceu a implementação a nível dos Cuidados Hospitalares de normas de atuação perante um doente com sintomas prováveis de AVC, EAM, Sépsis e Trauma.

A **Via Verde (VV)** é tida como uma estratégia organizada que visa a melhoria da acessibilidade dos doentes, na fase aguda das doenças cardiovasculares, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento, dentro da janela terapêutica confirmadamente mais eficaz e cujo objetivo é a redução da morbi-mortalidade por AVC e EAM e a melhoria da recuperação funcional. O sucesso da implementação da VV dependerá não só do acionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré hospitalar e do encaminhamento para os Hospitais ou Unidades Hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM.

As Vias Verdes promovem o envolvimento da população e dos profissionais de saúde, o reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras attitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a instituição mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo, a definição das diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos, de sistemas de informação (registos) e indicadores de avaliação e monitorização, e a integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter-hospitalares. As VV são essenciais não só para melhorar as acessibilidades como para

permitir os tratamentos mais eficazes, dado que o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, no AVC fundamental para a redução da mortalidade.

A propósito deste assunto vou dar como exemplo uma situação vivenciada no SU detetada durante a triagem de uma paciente (sexo feminino de 60 anos, com desvio da comissura labial à esquerda e hemiparesia direita, com menos de uma hora de evolução), apesar da VV AVC ter sido detetada em ambiente hospitalar foi possível verificar que é necessário efetuar todo um conjunto de questões bem como testes físicos a fim de verificar se se trata ou não de um possível AVC e se possui critérios de inclusão para VV e, posteriormente, é encaminhada a paciente para a sala de emergência, onde serão efetuados todo um conjunto de procedimentos aos quais não tive oportunidade de assistir. No entanto, ficou evidente a importância da deteção precoce destes casos, a fim de evitar tempos de espera prolongados que posteriormente agravariam o prognóstico e a possibilidade de recuperação do doente.

A par da VV AVC está igualmente a Via Verde de Trauma (VVT), na medida em que Portugal é um dos países com maior índice de sinistralidade da Europa e consequentemente elevada taxa de morbilidade/mortalidade. As notícias de mortes e feridos por trauma invadem diariamente o nosso quotidiano, decorrentes de acidentes de viação e de trabalho, explosões, nos quais quase sempre se verifica a ocorrência de traumatismos torácicos. Além disso, fatores como a maior velocidade dos automóveis, o aumento da violência e a maior perigosidade dos armamentos, entre outros, têm levado a um aumento da gravidade e da mortalidade das lesões a esse nível. Segundo Tashiro e Murayma, citados por Wesgler (2006, p.25), a vítima de trauma *“é considerada parcialmente grave, pois o seu estado poderá deteriorar-se rapidamente atingindo várias partes do organismo, colocando o individuo em risco de vida”*. Nestes casos, a probabilidade de sobreviver e recuperar depende, em parte, da forma como se é socorrido, encontrando-se a vítima integralmente dependente da equipa de emergência e da sua capacidade de adotar as decisões e atitudes corretas a tempo de lhe salvarem a vida. Por conseguinte, perante situações deste género, torna-se fulcral o domínio de técnicas e procedimentos de atuação especializados.

O **trauma torácico** é definido como um trauma que atinge a caixa torácica e os órgãos que se encontram dentro dela, apresenta uma elevada incidência e conduzem a alterações da ventilação e da oxigenação celular. Os traumatismos torácicos vão alterar as trocas gasosas, quer pela modificação das pressões intratorácicas (no caso do pneumotórax, por

exemplo), quer pela alteração da relação ventilação/perfusão (contusão, colapso alveolar, etc.), quer pela hipovolémia (no caso de uma lesão penetrante). Assim sendo, a hipoxia dos tecidos e a acidose respiratória são consequências frequentes, bem como a acidose metabólica. Todos estes mecanismos podem conduzir a uma insuficiência respiratória grave e ao choque hipovolémico, sendo situações potencialmente fatais (Annes e Filho, 2011).

Os traumatismos torácicos podem ser classificados em traumatismos abertos ou fechados, dessa divisão não devem ser extraídas conclusões quanto à gravidade do traumatismo. No entanto, permite salientar alguns aspetos. Os traumatismos abertos podem facilitar a avaliação das lesões deles resultantes na medida em que a localização da ferida e o conhecimento das circunstâncias em que ela foi produzida podem fazer suspeitar de determinado tipo de lesões. Embora a presença de sinais (marcas, equimoses ou abrasões) a nível da parede torácica possam sugerir determinadas lesões no caso de um traumatismo fechado a verdade é que, frequentemente, esses sinais são escassos. Outra classificação importante a ter em conta é o mecanismo causador da lesão (INEM, 2002).

As lesões resultantes de traumatismos torácicos podem ser de vários tipos, mas existem seis situações que representam risco de vida imediato e que exigem uma intervenção rápida (“*life saving*”), passível de ser realizada em ambiente extra-hospitalar: obstrução da via aérea; ferida torácica aberta (pneumotórax aspirativo); pneumotórax hipertensivo; hemotórax maciço; retalho costal (*vollet* costal) e tamponamento cardíaco. Por uma questão de método, as situações acima indicadas devem ser especificamente investigadas e, se presentes, imediatamente tratadas durante a avaliação inicial do traumatizado.

Quando na presença de um indivíduo traumatizado, numa primeira atuação é essencial assegurar a permeabilidade das vias aéreas e as funções cardiorrespiratórias (ABCDE do trauma):

- A – *Airway* - Via aérea (com controle da coluna cervical);
- B – *Breathing* – Respiração;
- C – *Circulation* - Circulação (com controle de hemorragia externamente visível);
- D – *Disability* - Estado neurológico (registo dos défices encontrados);
- E – *Exposure* - Exame físico (com controle de temperatura).

Esta avaliação deve ser interrompida se for necessário para proceder a manobras de suporte de vida.

Assim sendo, tendo por base o Manual de *Trauma Nursing Core Course* (Emergency Nurses Association, 2007) deve-se verificar a existência de obstáculo à respiração, vigiar a ventilação e os sinais vitais, detetando qualquer agravamento do seu estado. Em seguida deve ser feita uma abordagem ao paciente no sentido de detetar um possível traumatismo torácico. Ou seja, a realização de um exame físico minucioso, que deve incluir a observação, palpação, percussão e auscultação. Na observação deve ter-se em especial atenção o estado de consciência do doente (confusão e agitação psico-motora podem indicar presença de um quadro de hipoxia cerebral), características da pele e mucosas (cianose, palidez, petéquias, edema podem indicar défice circulatório ou asfixia traumática, por exemplo), sinais e sintomas de dificuldade respiratória (utilização dos músculos acessórios da respiração, adejo nasal, tiragem intercostal) e deformidades ou lacerações da caixa torácica (que possam localizar algum tipo de lesão). Na palpação devem ser pesquisados os pulsos arteriais para detetar qualquer alteração a nível circulatório, é também muito importante a identificação de áreas de enfisema subcutâneo e de deformidades da caixa torácica não perceptíveis à observação. A percussão permite a deteção de coleções intrapleurais de sangue ou ar, pela presença de macicez ou hipertimpanismo. O passo seguinte, a auscultação, é útil para a comprovação desta macicez ou hipertimpanismo, é também muito importante a auscultação da região precordial para detetar qualquer tipo de lesão cardíaca. Em simultâneo, a este exame físico (se possível) devem-se executar um conjunto de atitudes: colocar oxigenioterapia (qualquer que seja o estado, deve ser fornecido oxigénio ao traumatizado pelo menos a 50%, idealmente a 100%, ou a 12 a 15 L/min; Monitorizar (saturação de oxigénio por oximetria de pulso, tensão arterial e eletrocardiograma); e colocar acesso venoso (qualquer traumatismo torácico moderado a grave deve motivar a colocação de dois cateteres venosos que permitam a infusão rápida de fluídos).

Neste âmbito devo mencionar uma das situações ocorridas durante uma ativação em meio VMER São João. Em que perante um politraumatizado, decorrente de acidente de viação em veículo de 2 rodas, na medida em que foi necessária realizar toda uma observação rápida, mas atenta da vítima e na qual detetei um enfisema subcutâneo torácico e cervical resultante do acidente. Isto para salientar a necessidade de uma avaliação global, rápida mas cuidada da vítima, seguindo toda uma série de passos/raciocínios, de forma, a que

num curto espaço de tempo seja feita a avaliação da vítima e planejadas ações/intervenções tendo em conta o grau de prioridades.

Com esta revisão teórica sobre o trauma torácico aprofundei conhecimentos sobre algumas lesões relacionadas com o traumatismo torácico e sobre a prática de enfermagem perante esta situação específica. A abordagem, deste tema mostrou-se pertinente, na medida em que é uma das situações frequentes no meu contexto de trabalho diário e desta forma auxiliou-me na perceção da abordagem deste tipo de vítimas antes da chegada às Unidades Hospitalares.

Durante o módulo de estágio II_Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica tive oportunidade de prestar cuidados a um doente submetido a **transplante cardíaco** durante um turno (turno da noite) e constatei que o nível de cuidados específicos dirigidos a este doente nos diversos domínios são muitos. Uma vez que esta situação me era totalmente alheia, suscitou-me a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre a mesma. Segundo Fiorelli *et al* (2008) a incidência da insuficiência cardíaca tem aumentado progressivamente nos últimos anos em função do aumento da longevidade da população, dos avanços no tratamento do enfarte agudo com o uso de trombolíticos e de angioplastia, da ampliação das intervenções cardíacas e da melhora no diagnóstico do síndrome. Com as recentes modificações incorporadas no tratamento farmacológico houve sensível melhora na sobrevida dos pacientes.

A carência de órgãos viáveis é um dos maiores fatores impeditivos no desenvolvimento dos transplantes. Os imunossupressores modernos oferecem bons resultados no controle dos episódios de rejeição a despeito da falta de maior especificidade. Os efeitos colaterais ainda são preocupantes e exigem controle rígido dos pacientes em longo prazo.

A qualidade dos órgãos doados e o estado clínico grave dos candidatos que chegam aos centros de transplante são os principais fatores responsáveis pelos resultados insatisfatórios na fase imediata ao transplante de coração.

A seleção dos candidatos ao transplante deve ser criteriosa, com identificação dos fatores de risco e de doenças coexistentes. Os requisitos básicos para integrar o programa de transplante incluem: demonstração inequívoca da situação de cardiopatia terminal, através da avaliação da história clínica e com auxílio de exames subsidiários como eco, radioisótopos e hemodinâmica; quase que invariavelmente estes pacientes apresentam

nestas avaliações má função ventricular (fração de ejeção muito baixa) e baixo débito cardíaco. Além da situação cardíaca propriamente dita, os diversos protocolos de transplante exigem ainda: idade abaixo de 60 anos, ausência de suspeita ou história prévia de neoplasias, ausência de diabetes insulino-dependente, endoscopia digestiva normal, função renal e hepática preservadas, ausência de antecedentes de alcoolismo, HIV negativo, situação psicossocial adequada, mínima condição económica. Não deve ter sofrido embolia pulmonar nos últimos 60 dias (Fiorelli, *et al*, 2008).

No pós-operatório, de forma permanente, os transplantados necessitam utilizar medicamentos imunossupressores para evitar crises de rejeição. O esquema mais utilizado atualmente é o esquema "tríplice" que consiste no uso simultâneo de: azatioprina, prednisona e ciclosporina. Há necessidade de controles periódicos e frequentes da função hepática, renal e hematológica. A monitorização cardíaca da rejeição depende fundamentalmente da realização de biópsia miocárdica (através de punção jugular percutânea com um bióptomo). A rejeição é maior nas primeiras semanas e até ao fim do primeiro ano pós-transplante. Além da rejeição o maior problema dos transplantados é o maior risco de infeções. Cuidados intensivos e agressivos devem ser tomados para que estes pacientes tenham qualquer infeção prontamente diagnosticada e tratada (Hatchett et Thompson, 2006).

Dadas as carências/suscetibilidades de infeção do doente transplantado é necessário o uso contínuo de medidas de proteção individual, visando sobretudo a proteção/segurança do doente. As visitas são controladas e informadas das normas aquando do contacto do doente, da mesma forma que deve ser dada informação e formação aos assistentes operacionais para colaborarem na prestação de cuidados a este doente. Este doente necessita ainda de isolamento físico de proteção, pelo que nesta Unidade de CI fica numa unidade de isolamento.

Neste módulo de estágio tive ainda oportunidade de assistir à **técnica de abertura emergente da caixa torácica**, sendo este um dos meus objetivos para este módulo, tratou-se de um doente nas primeiras horas de pós-operatório, de 73 anos de idade, do sexo masculino que havia sido submetido a revascularização do miocárdio. O doente iniciou um quadro de perda sanguínea, em abundante quantidade, pelos drenos (mediastínico e pleurais), hipotensão e alterações na função cardíaca, tendo sido decidido esta abordagem após esgotadas todas as intervenções e possibilidades terapêuticas. Após reabertura do

tórax em ambiente de unidade, foi detetada uma anastomose pelo cirurgião, que depois de tentativa de correção falhada, decidiu reintervencionar o doente no bloco operatório. Esta situação experienciada proporcionou-me a vivência de uma experiência nova e fascinante, na medida em que foi possível observar o coração “in vivo” e de forma real, ou seja, não em suporte de papel ou vídeo.

Estas atividades/comportamentos possibilitaram-me a perceção dos fenómenos associados aos cuidados prestados, assim como a ter uma visão holística do doente/família. Os pressupostos da minha atuação *partiram “do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de Enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2001, p.10), reconhecendo-os como fundamentais para o execução de cuidados de enfermagem holísticos e de qualidade.

2.3. Gestão de Cuidados

As inovações tecnológicas têm provocado importantes mudanças no contexto empresarial, com reflexos no mercado de trabalho, em especial, na área de saúde, reduzindo os cargos, aumentando as diferenças salariais, criando novas profissões e descredenciando outras, o que constitui um desafio para o homem moderno que necessita de promover a sua adaptação e o seu desenvolvimento pessoal e profissional para conviver nessa nova realidade (Munari e Bezerra, 2003).

Numa organização, o fundamental são as pessoas e, o seu envolvimento reflete-se no valor que lhes é dado pelas teorias da Motivação, da Qualidade de Vida no Trabalho, do Clima e Cultura Organizacional e nas teorias gerais do “*Empowerment*”. O conceito “*empowerment*” significa, dar mais poder às pessoas na tomada de decisão para melhorar a responsabilização e o envolvimento nos resultados (Borges *et al*, 2009).

A gestão de cuidados é um domínio comum a todos os enfermeiros especialistas, segundo o Conselho de Enfermagem da OE (2009,p.17), nas seguintes competências “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*”.

Ao longo do estágio, nos diferentes módulos foi propósito **conhecer os diferentes instrumentos de gestão e de liderança dos serviços**, em particular na área de prestação de cuidados especializados em EMC.

Na consecução deste objetivo acompanhei as enfermeiras de referência e chefes na gestão de recursos humanos e materiais. Tendo adquirido a perceção de como é liderar uma equipa de enfermagem e gerir toda a logística para a prestação de cuidados de saúde. Tendo por base as particularidades de um SU, do INEM e do Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, verifiquei que em todos a delegação de funções é uma estratégia utilizada por todos os gestores e percebe-se que esta estratégia é fundamental tanto para a responsabilização dos profissionais como para uma otimização dos recursos.

No Módulo de Estágio I_SU o número de enfermeiros é considerável, pelo que a delegação é essencial e é realizada pelas enfermeiras especialistas de referência e que se encontram a realizar horário fixo (das 8h às 15h30m), uma direcionada para a sala de OBS e outra para a triagem. Elas têm o papel de motivar, orientar, supervisionar e avaliar os colegas e assistentes operacionais, assim como prestam cuidados de enfermagem diferenciados, orientam alunos em estágio e procedem ao levantamento e registo diário de doentes com úlceras de pressão. A minha tutora (uma das enfermeiras de referência) tinha ainda como funções a seu cargo ser o elo de ligação do Controle de Infecção e do Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem (GRAP), no serviço, bem como avaliação/vigilância epidemiológica do número de doentes algaliados, revisão do carro de urgência na primeira segunda-feira do mês, avaliação diária do desfibrilhador e reposição do carro de pensos.

No Módulo de Estágio II_INEM estabeleci como objetivos trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e realizar gestão de cuidados, pelo que desenvolvi as seguintes atividades: pesquisar acerca das competências de gestão definidas pela OE e outras, observar a dinâmica do meio de ativação no que respeita à eficiência de gestão de recursos. Neste sentido, constatei que cada meio possuía uma lista de material existente em armazém

e no final de cada ativação é repostado o material gasto na mesma na ambulância e é debitado. A verificação do material de cada viatura é feita todas as manhãs e uma verificação mais detalhada (que engloba a verificação de prazos de validade) é definida em cada meio numa lista de tarefas semanais (exemplo: lavagem e limpeza da viatura).

A intervenção dos enfermeiros na área pré-hospitalar tem por base garantir a prestação de cuidados de saúde em situação de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção na unidade de saúde mais adequada.

Durante a minha permanência neste módulo de estágio, verifiquei através de conversas e das várias ativações nos diversos meios e de uma grelha de registo das ativações que elaborei (uma metodologia de registo do número, tipo de ativações e da minha intervenção em cada uma delas), que muitas das situações de ativação não requeriam intervenção pelo INEM e que na impossibilidade do CODU discriminar a 100% os pedidos de socorro para os quais não deveria ser ativado, cabe à população ou melhor dizendo, a cada indivíduo consciencializar-se adotando um comportamento cívico no sentido de solicitar ou recorrer, em consciência, a um serviço de acordo com o seu estado de saúde, não monopolizando outro em virtude de lhe ser mais prático ou conveniente, como a deslocação a uma unidade de saúde. A propósito deste assunto vou dar como exemplo uma situação nomeadamente num caso de ativação, no meio SBV, para uma situação de dor abdominal de um doente do sexo masculino e idoso, que após chegada do meio ao local referiu ter ativado o 112 por não ter possibilidades financeiras para pagar a um táxi ou meio de transporte público e também por não ter um familiar que o transportasse ao hospital. Esta situação implicou que o meio tivesse que transportar o mesmo ao hospital, e que estivesse ocupado perante a possibilidade de uma situação realmente urgente/emergente.

Configurando esta problemática, o Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de maio (artigo 3, alínea l), enuncia como responsabilidade do INEM o desenvolvimento de ações de sensibilização e informação dos cidadãos. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) encarrega este organismo, de fomentar junto da população uma ocupação correta dos serviços de emergência médica. Atividade que o INEM tem desempenhado, como se pode comprovar pelo *Mass Training* em que participei, pelos boletins, revistas e demais informação que tem publicado.

Este ***Mass Training*** realizou-se em Vila Real no dia 4 de junho, na Praça do Município, cujo projeto visava promover a cultura do SBV em Portugal, integrado no *Projeto Salvar Vidas*, organizado pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR) em parceria com a Câmara Municipal de Vila Real e do Centro Distrital de Segurança Social de Vila Real e que visou a divulgação/ensino de SBV e ativação do 112 (como proceder à sua ativação, a identificação correta do local, bem como as informações pertinentes que devem ser fornecidas para uma correta avaliação da situação e escolha do meio a enviar) a adolescentes e adultos. Foi uma participação interessante, na medida em que, possibilitou a interação direta com a população e a divulgação de uma técnica específica que pode num dado momento, se executada, revelar-se crucial para a sobrevivência de um indivíduo. A participação nesta atividade permitiu-me desenvolver competências pedagógicas, no âmbito de ações de formação dirigidas ao público em geral (ver ***Anexo IV***).

Neste sentido, julgo que seria importante incluir nessas publicações/informações que o INEM é, para além de uma entidade provida de autoridade, meios humanos e materiais para a intervenção na doença súbita, uma entidade que detém recursos diminutos e limitações orçamentais que o desvinculam de um serviço oportuno de transporte de doentes às unidades de saúde e ainda que a sua ativação em consciência, deve ser enfatizada.

O registo de ativações (anexo V) permitiu-me também verificar que na maioria das vezes, os meios são ativados para situações de agudização de doença crónica, que na maioria das vezes poderá dever-se à não adesão/incumprimento do regime terapêutico por dificuldades económicas. Não obstante, a este registo põe-se a dificuldade sentida na colheita de dados, especialmente na situações emergentes, em que a prioridade era estabilizar a vítima e efetuar o mais rapidamente possível o transporte para o hospital, dificuldades que são sentidas diariamente no terreno pelas equipas desta área de atuação.

No Módulo de Estágio III_ ***Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica*** para além do número de enfermeiros ser considerável, o delegar de funções operacionais do serviço, torna-se elementar na medida em que a Enfermeira Chefe tem a seu cargo várias áreas, ou seja, o bloco operatório (BO), os cuidados intensivos (CI), os cuidados intermédios e o internamento. A nível da ***gestão de recursos humanos*** verifiquei que os profissionais estão divididos por equipas e trabalham em sistema de *roulement*, uma vez que o funcionamento do serviço é contínuo. O plano de distribuição de manhã é feito por uma das enfermeiras de referência durante os dias de semana, nos turnos da noite e de fim de

semana são elaborados pelo responsável de equipa. O plano de distribuição de doentes não obedece a critérios de continuidade de cuidados, mas há rotatividade na atribuição dos doentes, tendo em conta o grau de dependência dos mesmos. Penso que o objetivo/explicação possível será pelo facto da rotatividade concorrer para que não exista sobrecarga proveniente da continuidade de cuidados aos doentes com maiores necessidades. No meu contexto laboral a distribuição de doentes segue os mesmos parâmetros e é usado o sistema de classificação *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28), onde é efetuada uma avaliação (diária, no turno da manhã pelo enfermeiro de referência) que reflete a carga de trabalho efetuado nas 24 horas anteriores e baseado nas atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico e suporte metabólico e ainda em intervenções específicas (como exames realizados fora da unidade, situações de PCR) variando numa escala entre 0 e 78 pontos (Reis et al., 1996). Esta é uma ferramenta útil na gestão de recursos humanos e segundo a DGS (2003b) a sua aplicação nas UCI's é um dos critérios a valorizar na avaliação da qualidade. Pela minha experiência a sua aplicabilidade permite uma distribuição mais equitativa dos doentes por enfermeiro, na medida em que reduz a sobrecarga tendo em conta as necessidades de cuidados do doente.

Aquando da organização e coordenação da equipa prestadora de cuidados, ao realizar o plano de trabalho do turno, foi possível constatar que os enfermeiros são distribuídos pelos doentes, num rácio de 1 doente e ½ por enfermeiro, ou seja, cada enfermeiro fica com um doente (ficando responsável pelos cuidados totais) e um outro doente cujos cuidados são partilhados com outro colega. Constatei que existem alguns fatores importantes nesta unidade a ter em conta, tais como a exigência de conhecimentos e habilidade específica para a prestação de cuidados a determinados doentes (como por exemplo nos doentes de foro pediátrico), em que o doente com necessidade de cuidados mais específicos fica a cargo do profissional melhor preparado a nível de conhecimentos, habilidades e experiência. Esta organização não se limita aos enfermeiros, mas também aos assistentes operacionais, pelo que é importante a compreensão e o reconhecimento dos seus papéis e funções no seio da equipa de prestação de cuidados. Uma boa orientação e coordenação da equipa, tendo em conta os pontos fortes e fracos de cada elemento promove um ambiente favorável à prestação de cuidados de qualidade.

Segundo o Guia de Recomendações para o Cálculo da dotação de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, da Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 5), “a dotação de enfermeiros,

sem descurar a produtividade e a satisfação dos profissionais e dos cidadãos encontra-se intimamente conexas com a qualidade dos cuidados prestados e com a segurança do utente, há que identificar indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações.

Atendendo às características específicas das UCI's, no que respeita aos diferentes graus de complexidade assistencial dos pacientes, devem-se considerar parâmetros importantes para prever e prover recursos humanos. Neste sentido, segundo Andrade citado por Beccaria et al. (2010, p. 49) *“a equipa deve ser suficiente para prestar uma assistência eficaz, sendo necessária realizar avaliação do nível de cuidados para cada doente de acordo com a gravidade do mesmo”*. Foi nesta perspetiva e em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo, que prevê variáveis necessárias para a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes que emergiu o conceito de dotações seguras. Inicialmente relacionado apenas com o número e tipo de pessoal necessário para a prestação de cuidados aos doentes, posteriormente o conceito foi alargado e incluiu outras variáveis que atingem a cobertura dos doentes e a prestação de cuidados seguros. Estas variáveis abarcam a carga laboral, ambiente de trabalho, eficiência e efetividade em termos de custos, complexidade de doentes, nível de aptidões dos enfermeiros e combinação das dotações de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007c).

A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte (*North Carolina Nurses Association, NCNA*) defende que o conceito de dotações seguras espelham a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. Traduzindo, um ambiente de trabalho salutar, que assegure no que respeita a organização, logística, condições materiais e tecnológicas as condições de trabalho seguras para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde; bem como número de profissionais qualificados necessários, e ainda proteção, por exemplo para quem comunique situações anómalas. Refletindo um ambiente de trabalho com elevado grau de satisfação, que irá manifestar a nível da produtividade e qualidade, resultados mais positivos e satisfatórios, aumentando o grau de satisfação de todos os intervenientes. Principalmente, a nível da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e nos ganhos para a saúde (Ordem dos enfermeiros, 2006). O desenvolvimento deste conceito culminou na Lei para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (*Quality Nursing Care Act*) de 2004. Esta Lei baseia-se nos Princípios para as Dotações Seguras da *American Nurses Association (ANA's Principles for Nurse Staffing)*, e defende que um sistema de dotações seguras requer a convergência de variáveis para assegurar a qualidade dos cuidados de

enfermagem, nomeadamente: experiência, entrega e empenho dos enfermeiros que prestam os cuidados directos, o número e gravidade do estado dos doentes e a disponibilidade dos sistemas e recursos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnica, impõe um melhor enquadramento e caracterização das intervenções decorrentes das necessidades dos utentes, tendo sido elaboradas fórmulas de cálculo para a dotação de enfermeiros, bem como as recomendações de requisitos mínimos para as UCI's emanadas pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, que classifica as UCI's em três níveis de cuidados, tendo esta classificação sido adotada pela DGS em Portugal. Estes três níveis de cuidados pressupõem a descrição das UCI's e do rácio enfermeiro/doente. As UCI's de nível I visam basicamente monitorização, normalmente não invasiva; pressupõem capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior e o rácio é de 1 enfermeiro para 3 doentes. As de nível II, têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podem não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior e o rácio é de 1/1,6. As de nível III correspondem aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica/enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas; pressupõem acesso aos meios de monitorização e diagnóstico e terapêutica necessários; devem dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; por definição UCI de nível III são polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes, porque se é responsável; o rácio é de 1/1 (DGS, 2003c).

No que respeita à **gestão de recursos materiais**, foi possível observar que o pedido de material clínico funciona pelo sistema de reposição por níveis. Ou seja, existe uma quantidade pré-definida máxima de todos os materiais, logo a quantidade requerida nunca pode ultrapassar aquele valor. Pelo que após constatação do material existente no serviço é então solicitado informaticamente ao armazém e à farmácia o material necessário para reposição de níveis. Quanto ao pedido das dietas para os doentes, este é realizado e

atualizado diariamente por via informática, tendo em conta as necessidades de suporte nutricional, condições físicas e estado de saúde do doente.

Os enfermeiros no exercício da profissão de enfermagem encontram-se distribuídos por várias áreas de atuação. A área de gestão é hoje função de muitos enfermeiros, considerando que a gestão está relacionada com a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e gestão do cuidado que consiste no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipa (Greco, 2004).

É possível compreender que o enfermeiro com funções de gestão nas unidades de saúde tem um papel importante na mudança do paradigma da gestão, pois são eles que fazem a gestão dos recursos materiais e equipamentos, o que lhes confere uma maior perceção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e contribuem para a eficiência, objetivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, ou seja, o que se obtém com os recursos disponíveis. Desta forma, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados. É assim possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desaproveitamentos, sejam os recursos humanos, materiais ou financeiros. Mas também é elementar que se entenda que não se pode sacrificar a qualidade dos cuidados em nome da eficiência, devendo o enfermeiro utilizar algumas ferramentas de Gestão, nomeadamente: Normas, Processos, Indicadores e Resultados.

É ainda possível, por parte destes enfermeiros ligados à gestão das unidades, interferirem diretamente na eficiência, racionalizando os gastos e estruturando a utilização do material, identificando onde se gastam mais recursos, tentando otimizar a sua aplicação, através do uso de ferramentas de avaliação da qualidade, visando a avaliação do impacto da sua falta na prática de cuidados.

O enfermeiro gestor, deverá promover comportamentos, na equipa que dirige, evitando o mau uso de recursos, atribuindo mais ênfase aos *outputs* e menos aos *inputs*, pode até utilizar o *Benchmarking* com unidades semelhantes. Segundo Maran (2009), interiorizando nos profissionais o pensamento de produto final, ou seja, a colheita de um resultado

desejado (*output*), de acordo com o que se semeou no início (*input*), e que só assim é possível favorecer a melhoria da qualidade da assistência prestada.

A par desta situação, temos o aumento da competitividade, nas últimas décadas, que obrigou as instituições de saúde a um contínuo aperfeiçoamento dos seus serviços, visando a oferta de alta qualidade com baixo custo. Este processo de melhoria contínua obriga a uma avaliação de desempenho dos profissionais utilizando o *benchmarking*, cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços a custos reduzidos. O *benchmarking* é segundo Pinto citado por Faria (2006, p. 27) “*um processo sistemático e contínuo de avaliação*”, que se desenvolve entre organizações de modo a ser possível identificar “o melhor dos melhores”.

A avaliação de desempenho dos cuidados de enfermagem deve ser realizada através de indicadores que possam medir a qualidade relativa à satisfação dos clientes e dos resultados dos cuidados de enfermagem. A qualidade de um serviço garante-se com a competência científica e técnica dos profissionais que executam as ações orientadas para a restituição da saúde e com a capacidade tecnológica da instituição, ou seja, para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade é necessário que a instituição defina e disponha de pessoal qualificado, infraestruturas e tecnologia própria para cada situação.

Atualmente assiste-se a uma maior consciencialização entre os enfermeiros, em que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e explícito a ter em conta na prestação de cuidados de saúde, isto porque como dizem Phipps *et al* citados por Faria (2006, p.50) “*a enfermagem está consagrada a ser uma profissão superior pela promoção de cuidados da mais alta qualidade possível. Implícita neste compromisso está a responsabilidade de avaliação da qualidade e da adequabilidade desses cuidados*”.

No que respeita à **gestão de recursos materiais**, foi possível observar que o pedido de material clínico funciona pelo sistema de reposição por níveis. Ou seja, existe uma quantidade pré-definida máxima de todos os materiais, logo a quantidade requerida nunca pode ultrapassar aquele valor. Pelo que após constatação do material existente no serviço é então solicitado informaticamente ao armazém e à farmácia o material necessário para reposição de níveis. Quanto ao pedido das dietas para os doentes, este é realizado e atualizado diariamente por via informática, tendo em conta as necessidades de suporte nutricional, condições físicas e estado de saúde do doente.

Os enfermeiros no exercício da profissão de enfermagem encontram-se distribuídos por várias áreas de atuação. A área de gestão é hoje função de muitos enfermeiros, considerando que a gestão está relacionada com a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e gestão do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipa (Greco, 2004).

É possível compreender que o enfermeiro com funções de gestão nas unidades de saúde tem um papel importante na mudança do paradigma da gestão, pois são eles que fazem a gestão dos recursos materiais e equipamentos, o que lhes confere uma maior percepção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e contribuem para a eficiência, objetivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, ou seja, o que se obtém com os recursos disponíveis. Desta forma, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados. É assim possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desaproveitamentos, sejam os recursos humanos, materiais ou financeiros. Mas também é elementar que se entenda que não se pode sacrificar a qualidade dos cuidados em nome da eficiência, devendo o enfermeiro utilizar algumas ferramentas de Gestão, nomeadamente: Normas, Processos, Indicadores e Resultados.

No que respeita a esta competência após a realização dos diferentes módulos de estágio concordo com Vagheti et al (2004) quando dizem que os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar e quando planeiam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão a cuidar.

Perante a realidade por mim encontrada, nos diferentes módulos de estágio, facilmente me apercebi que a prestação de cuidados de saúde a doentes urgentes/emergentes exige um conjunto amplo de saberes: um saber atualizado, um saber especializado incorporando competências técnicas, relacionais, sentido de responsabilidade, e que as mesmas são sobreponíveis ao saber científico, ao saber prático, pois como afirma (Hesbeen, 2000, p.19) “ *os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados*”.

A prestação de cuidados de saúde a um doente crítico implica a consciencialização de todos os profissionais que operam na unidade de Cirurgia Cardio-Torácica para as questões de segurança e dos riscos laborais que podem afetar o pessoal de enfermagem, assim como os pacientes ou os demais intervenientes neste tipo de cenário, sendo imprescindível garantir a segurança dos procedimentos de enfermagem. Este aspeto exigiu-me a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias que assegurassem os bons cuidados de saúde, não negligenciando o risco inerente à prática de enfermagem.

A implementação de um **método de trabalho** num serviço de enfermagem é de extrema importância, uma vez que dele depende o nível de empenho dos Enfermeiros, repercutindo-se diretamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. O método de trabalho utilizado na Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica era o método individual de trabalho, enquanto no Serviço de Urgência (exceto na área de Triagem) e na área pré-hospitalar era o método de equipa.

A aquisição da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade no desempenho profissional e nos cuidados prestados, tem motivado a procura de vias alternativas para a conceção dos cuidados de enfermagem bem como modelos de organização dos mesmos (Pinheiro, 1994).

A grande evolução na organização dos cuidados de enfermagem prende-se com a sua humanização, tornando-se verdadeiramente orientados para a pessoa e não para a tarefa e favorecendo dessa forma a qualidade dos cuidados. A excelência resulta, então, da interação entre a humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados) (Jorge e Simões, 1995).

O método de distribuição de trabalho individual, também apelidado como sistema de prestação de cuidados por caso ou cuidado global onde, idealmente, um enfermeiro ficaria afeto a um único utente (Pinheiro, 1994), consiste em responsabilizar o enfermeiro pela prestação da totalidade dos cuidados durante as suas horas de trabalho, evitando desta forma o atendimento fragmentado e conferindo, assim, grande autonomia e responsabilidade ao enfermeiro (Kron e Gray, 1989).

A vantagem deste método é que humaniza e garante qualidade nos cuidados prestados, privilegiando a interação do enfermeiro com o doente/família. A desvantagem deste

método relaciona-se com a impossibilidade dos cuidados serem coordenados de um turno para o outro e de um dia para o outro. Isto porque, o número de doentes e até mesmo os doentes podem não ser os mesmos.

A par deste método na Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica, não se conhece a rotina pois o contexto de trabalho é marcado pelo inesperado e pela imprevisibilidade. Diariamente os enfermeiros cercam-se numa diversidade de comportamentos, técnicas, atitudes e gestos que podem associar-se a intervenções autónomas e intervenções interdependentes.

No decorrer do módulo de estágio observei que os enfermeiros ao priorizar a prescrição médica ou de outros profissionais de saúde em detrimento das suas verdadeiras funções, não valorizam o seu papel a essência do cuidado. Por isso os enfermeiros não conseguem dar visibilidade às suas ações, nem se centram no cuidado da pessoa/família/comunidade.

A ênfase nos procedimentos técnicos, no cumprimento de regras e normas está ainda presente no nosso quotidiano, levando os outros a encarar a nossa prática como um complemento da atividade de outros profissionais, principalmente da atividade médica. É necessário uma mudança de paradigma, de modo que os enfermeiros tenham sentido crítico-reflexivo e se centrem nas reais necessidades da pessoa/doente. Todavia essa realidade pode ser trabalhada e mudada no sentido de mais e melhor enfermagem. A prática de enfermagem não se reduz ao cumprimento de prescrições médicas, mas também ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, baseados nos próprios saberes de enfermagem e na utilização de múltiplos saberes, bem como no desenvolvimento pessoal e profissional. Os enfermeiros devem centrar-se no cuidar que é a verdadeira área de intervenção de enfermagem. O cuidado é compreendido como a essência da enfermagem, transcendendo aspetos técnicos, biológicos, psico-sociais e espirituais da pessoa, família e comunidade.

O tratar não pode ser confundido nem assemelhado ao cuidar, embora se complementem entre si. A definição de cuidar segundo Pacheco, citada por Carvalho e Abreu (2009) abrange a prestação atenciosa e continuada de forma holística a uma pessoa doente, realçando desta maneira o direito à dignidade da pessoa cuidada. Contudo, o conceito tratar define a prestação de cuidados técnicos e específicos focados somente na enfermidade, cujo objectivo consiste na reparação do órgão enfermo de modo a alcançar a cura.

O método de trabalho em equipa, é uma constante na prestação dos cuidados, pela impossibilidade de um indivíduo reunir toda a experiência técnica em todas as áreas do conhecimento (Nunes *et al*, 2008). Segundo os mesmos autores, uma equipa consiste num conjunto de pessoas que interagem regularmente para atingimento de objetivos comuns. Os membros de uma equipa interagem trocando informações, compartilhando recursos, e coordenando-se na prestação de cuidados. Para esta interação ser adequada é fundamental existir uma boa comunicação entre os elementos da equipa. Quanto maior é a equipa, maior a dificuldade na comunicação, mas maior é a necessidade de uma boa comunicação para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Para facilitar o trabalho em equipa devem ser cumpridos alguns princípios: todos os membros do grupo, bem como as suas contribuições, devem ser considerados igualmente importantes; os membros do grupo devem dispor-se a ajudar e a serem ajudados quando necessário; os membros da equipa reconhecem-se como membros de um grupo, cujo sucesso depende da sua interação; a interdependência da equipa deve ser promovida; e o desempenho da equipa é influenciado pela sua liderança (Muchinsky, citado por Nunes *et al*, 2008). Todavia reconheço pela minha experiência na área de urgência que este método de trabalho como qualquer outro tem aspetos menos positivos, podendo comprometer a relação interpessoal com o doente/família/prestador de cuidados, uma vez que não viabiliza um conhecimento global do doente e dos seus problemas a cada elemento da equipa. Porém, parece-me ser o método mais adequado, atendendo às características inerentes a um SU, onde a diversidade de casos, o número de doentes e ocorrências é uma constante, impondo aos profissionais de saúde uma resposta rápida e eficiente, atendendo às características e meios disponíveis do próprio serviço, exigindo que combinação de esforços e organização do trabalho em equipa alcancem dimensões significativas.

No que respeita à área pré-hospitalar segundo o Código de Ética dos Profissionais do INEM (INEM, 2008, p.1) *“os colaboradores devem desenvolver um trabalho de equipa eficaz, com bom relacionamento, respeito por cada um e partilha de conhecimentos”*. Durante a realização do estágio nesta área, testemunhei que o trabalho em equipa é uma das chaves para uma boa prática, assim como a organização de um serviço. A clarificação de funções e um ambiente de agregação relacional na equipa auxilia a que cada profissional incorpore os seus saberes/atitudes sem interferir ou afetar a área de atuação dos outros elementos da equipa. Considerando estes pressupostos fui adaptando-me ao método de trabalho de cada equipa, cooperando na estabilização do doente

urgente/emergente com eficiência e conhecimento, tendo assente que a cooperação e o espírito de entreajuda é a base desta vertente dos cuidados de saúde e que a qualidade dos mesmo passa “*pelo esforço da equipa no terreno, durante a estabilização inicial, a transferência e pela comunicação contínua*” (Macphail, 2001, p.5).

2.4. Gestão da Qualidade

Segundo o Plano Nacional de Saúde, citado pela DGS (2012), a qualidade em saúde pode ser avaliada em três níveis, que se complementam entre si: estrutura, processo e resultado. A estrutura engloba os recursos materiais e humanos, o ambiente físico, organização da instituição e serviços. O processo engloba a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e a validade da informação produzida, a integração e a continuidade dos cuidados. O resultado engloba a reabilitação e a prevenção de complicações aos doentes, a educação em saúde e a satisfação com os cuidados. Qualquer um destes níveis é avaliado sob forma de indicadores. Estes indicadores apresentam as boas práticas de cuidados ou potenciais problemas que possam ocorrer e não proporcionam respostas definitivas (Lacerda, 2006). A OE definiu padrões de qualidade do exercício profissional do enfermeiro, competindo aos enfermeiros e às organizações desenvolver esforços no sentido de proporcionar as condições para um exercício profissional de qualidade. Assiste-se a um esforço concertado pelas instituições de saúde na realização de vigilância epidemiológica e na dotação dos serviços de condições técnicas e humanas para fazer face a este problema.

Para minimizar e controlar o risco de infeção nas unidades de saúde surge o Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI), proposto pela DGS. O presente programa abrange inúmeras vertentes: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas para a prevenção e controlo das IACS, formação e consultadoria, integrando objetivos, metas, estratégias, níveis de responsabilidade, cronologia das ações e metodologias de avaliação. A aplicabilidade do PNCI exige por parte de cada instituição de saúde uma adaptação à sua realidade, particularidades e especificidades dos doentes internados e dos serviços prestados. Seguindo as diretivas nacionais e regionais da CCI integrante de uma unidade de saúde, cabe ao enfermeiro especialista implementar o plano operacional de prevenção e controlo da infeção de modo que o mesmo dê resposta às necessidades do seu contexto de trabalho. Sendo essencial e indispensável a monitorização e avaliação das medidas implementadas e divulgação dos resultados obtidos (DGS, 2008b).

Neste serviço hospitalar, o enfermeiro especialista conta com a colaboração efetiva da equipa técnica do órgão de gestão que constituem o CCI desta unidade de saúde. Para além, das responsabilidades acima referidas cabe ao enfermeiro especialista, o planeamento, implementação e monitorização do plano anual de formação/informação, divulgação de normas de boas práticas, assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, promoção da comunicação entre o seu serviço, a CCI e os outros órgãos de gestão, podendo neste contexto integrar as equipas internas de auditoria de outros serviços hospitalares.

Face ao exposto, é importante realçar que para maximizar os resultados pretendidos é essencial não descurar a formação e o treino dos profissionais de saúde relativamente às boas práticas, bem como a informação aos doentes, visitantes e de todos os outros intervenientes deste espaço de ação de forma a reduzir os riscos de transmissão de infeção.

No **Módulo de Estágio I_SU**, observei junto da minha tutora, a aplicação de uma grelha de avaliação relativa à conformidade de higienização das mãos, ou seja, de supervisão do cumprimento dos cinco momentos de higienização das mãos na prestação dos cuidados (antes de entrar em contacto com o doente, antes de efetuar algum procedimento, após risco/exposição a fluidos, após o contacto com o doente e após a saída da unidade do doente), preconizados pelas normas de controle de infeção por parte da equipe de enfermagem. As avaliações são efetuadas de um modo informal através da observação, e posterior avaliação e registo em suporte de papel, dado que pretendem ser efetuadas de forma discreta e que o profissional seja observado a agir de forma natural e não em ambiente de carácter avaliativo. Esta ação pretende avaliar e realizar um diagnóstico de situação relativamente às medidas padrão universais para controlo de infeção nosocomial. Isto porque, segundo o Instituto de Medicina dos EUA, citado por Pereira (2006, p.80) a qualidade em saúde atualmente pode ser entendida como *“ o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual”*.

No **Módulo de Estágio II_Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica**, tendo em conta a realidade da UCI pelas inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e no tratamento associado ao doente crítico exige ter sempre presente a preocupação com o controlo da infeção. De acordo com o Ministério da Saúde (2007),

citando dados da Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

Para a prevenção das IACS identifiquei normas atualizadas e de acordo com as *guidelines* internacionais, uma Comissão de Controlo de Infecção ativa com programas de vigilância epidemiológica e profissionais sensibilizados para a realidade da infecção hospitalar e para a importância do cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infecção. Na unidade em que decorreu o estágio, são usadas todas as precauções padrão para prevenção da infecção e medidas específicas no isolamento das fontes de infecção.

Saliento os cuidados dos enfermeiros na prevenção de PAVI (Pneumonia Adquirida pela Ventilação Invasiva) cumprindo as *bundles* existentes. Ou seja, são pacotes de recomendações de procedimentos baseados na evidência para prevenção PAVI dos quais destaco: a aspiração da naso e orofaringe, a verificação da pressão de *cuff*, a lavagem da cavidade oral com desinfetante antes de baixar a cabeceira da cama, outra recomendação refere-se à elevação da cabeceira da cama do doente a 30° como, forma de evitar o refluxo gástrico e conseqüente aspiração conteúdo. Estas *bundles* para prevenção da PAVI encontram fundamentação teórico prática, na revista portuguesa de medicina intensiva e plano nacional de controlo da infecção.

Existe um Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial realizado por Froes e Paiva (2007) propõe a utilização do acrónimo “A MENTE” com o objetivo de sintetizar as principais medidas, na prevenção da PAV facilitando a sua implementação no dia a dia.

- A** – acordar – evitar sedação profunda e agentes paralisantes;
- M** – mãos – cumprir a assepsia e lavar as mãos;
- E** – elevar a cabeceira do leito a 30-45°;
- N** – nutrição de preferência entérica;
- T** – tubo – evitar entubar ou extubar e retirar acessos precocemente;
- E** – educação formação e envolvimento dos profissionais através de um programa de controlo da infecção hospitalar.

O uso único da sonda de aspiração, e com técnica asséptica são medidas implementadas neste serviço. Esta intervenção vai ao encontro das recomendações do PNCI na prevenção das infeções associadas á ventilação invasiva.

Tendo eu contacto diário na minha prática com doentes ventilados por longos períodos de tempo, já me encontrava desperta para estes cuidados e fazem parte da minha prática diária, pelo que foi motivo de satisfação, verificar que os enfermeiros desta unidade partilham dessa mesma preocupação, apesar de os doentes aqui internados, ficaram na sua maior parte, entubados por um curto período de tempo, ou seja, numa grande maioria apenas durante horas.

Outra das medidas que devem ser enfatizadas nesta unidade diz respeito à triagem de lixos. Denota-se uma grande preocupação da equipa na separação do lixo e resíduos, segundo as normas preconizadas pela comissão de infeção.

Sendo o internamento numa UCI, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida e não um fim em si (Ministério da Saúde, 2003), exige que a equipa integre no plano de cuidados ao utente e à família a preparação para a alta de forma a potenciar os benefícios do internamento. Neste sentido, empreguei estratégias junto dos doentes e seus conviventes significativos, tendo sido minha preocupação o estabelecimento de parcerias com estes, expressa pela criação e aproveitamento de oportunidades para promover comportamentos saudáveis já pensando na readaptação funcional após a alta.

Verifiquei que a equipa não possui um plano de formação anual, mas que sempre que é identificada uma necessidade formativa, a preparação da formação é delegada num elemento que possua conhecimentos certificados para a mesma e depois é implementada. Sendo que estaria a decorrer uma formação sobre SAV no doente cardíaco, tendo em vista uma atuação uniformizada perante situações de PCR na unidade e com uma correta identificação dos diferentes papéis dos elementos na mesma.

No **Módulo de Estágio III_INEM**, identifiquei como **sugestões de necessidades formativas** na emergência pré-hospitalar o fenómeno da “**adesão ao regime terapêutico**”, uma vez que ao longo das ativações nos diversos meios onde realizei estágio fui constatando que, a sua ativação se deve, muitas das vezes, à agudização de doenças crónicas. Esta verificação foi feita através da observação e entrevistas informais aos profissionais, que ressaltaram como principal preocupação um significativo número de casos de recorrência de ativação do INEM, por agudização da doença motivada, muitas das vezes, pela não adesão ao regime terapêutico. Ao assistir o doente, as equipas deparam-se com défices a nível de ensinamentos e na gestão do regime terapêutico, fator major acelerador da agudização da doença. Este fenómeno do aumento das doenças crónicas prende-se com o

crescente envelhecimento da população e a diminuição da taxa de mortalidade, pelo que ao nível dos cuidados de saúde emergem crescentes necessidades e novos desafios.

Para a OMS (2001), o conceito de adesão expressa mais do que simplesmente seguir as instruções médicas, depende da adaptação e manutenção de comportamentos terapêuticos assim como da autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e a doença, envolvendo todos os profissionais de saúde.

No contacto com o doente/família é notório o incumprimento da medicação e o não seguimento da dieta recomendada pelos profissionais de saúde. Pelo que a educação para a saúde parece tratar-se de um desafio para as equipas da emergência pré-hospitalar, passando não só pelo tratar, mas também pelo educar. Neste sentido, a enfermagem é a profissão de excelência para possibilitar ao indivíduo retificar este desequilíbrio, dado que, tal como diz no Estatuto da Ordem do Enfermeiros (2012, p.15) *“tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhores e recuperem a saúde (...)”*. Tarefa facilitada pela proximidade aos doentes/pessoas, possibilitando a monitorização à adesão, diagnosticar a não adesão, planificar e implementar intervenções que auxiliem o doente/família a incluir o regime terapêutico, e alimentar no seu quotidiano. Dotando a população de conhecimentos e capacidades que possibilitem a acomodação à nova condição de saúde.

A intervenção das equipas da área pré-hospitalar, nomeadamente os enfermeiros que as constituem, no que respeita a esta temática, compreende um esclarecimento de dúvidas, rápido e resumido no local e de educação para a saúde, com o intuito de evitar complicações futuras e promover boas práticas.

A este nível ponderei sobre os riscos da prestação de cuidados associados aos recursos. Os riscos a que os profissionais de saúde estão expostos, em contexto pré-hospitalar são inúmeros (mecânicos, físicos, químicos, elétricos, biológicos, ergonómicos e psicossociais), mostrando como primeira prioridade a avaliação das condições de segurança à chegada ao local, de forma a minimizá-los. Constatei que este princípio está bem presente na atuação dos profissionais. Sabe-se que conseguir um trabalho isento de riscos é uma missão impossível, no entanto, é possível a limitação máxima dos riscos e da gravidade destes riscos sobre o trabalhador. A prevenção de riscos profissionais é a atitude

consciente a adotar em todo o local de trabalho permitindo o desenvolvimento das tarefas laborais em boas condições de trabalho, preservando a saúde dos trabalhadores.

A importância de um **sistema de registos** está descrita nos Padrões de Qualidade dos Cuidados **de Enfermagem** (OE, 2001, p.16), enunciando as necessidades em cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções. Assim, e de acordo com o Código Deontológico (OE, 2003, p.187) “*o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*”.

O SU funciona sem registos de papel, apresentando todos os circuitos de informação encerrados na utilização de uma aplicação informática (SAPE e HCIS). Ou seja, tudo o que é registado sobre um determinado doente fica gravado numa base de dados a que se pode aceder posteriormente. Os profissionais acedem ao sistema através de uma palavra passe. Sobre esta informatização e automatização do SU, encontram-se algumas mais-valias para o doente que se podem caracterizar por possibilidade da equipa de poder aceder a todo o seu histórico, incluindo os episódios de urgência anteriores, os resultados dos vários exames anteriormente realizados, e as medicações instituídas com os respetivos efeitos terapêuticos que foram observados. Enquanto que a Unidade de Cirurgia Cárdio-Torácica funciona com registos de enfermagem em suporte de papel e em suporte informático. Quanto ao registo informático apresenta-se como uma mais-valia para o doente, dado que possibilita à equipa e a outras equipas aceder a todo o seu histórico, incluindo exames realizados e os seus resultados, terapêutica instituída, bem como aos registos efetuados diariamente quer de enfermagem, como clínicos, dado que após transferência do doente o seu processo fica acessível ao serviço para onde é transferido, desde que empregue o sistema informático (SAPE).

Quanto ao registo em papel mostra-se importante para o registo de sinais vitais horários dos doentes, sendo que a unidade não se encontra equipada com computadores suficientes e individuais em cada unidade de doente de forma a permitir este registo imediato. Todavia os enfermeiros da Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica não utilizam o plano de trabalho gerado pelo SAPE como suporte para a passagem de turno, nem utilizam a CIPE como linguagem quando se referem à condição do doente. Assim, perde-se a noção do impacto das intervenções de enfermagem no *status* diagnóstico, bem como são preteridas algumas

intervenções planeadas para o turno, cuja realização depende da hora a que o enfermeiro documenta os cuidados no SAPE, pelo que se mostra importante que este registo em suporte de papel fosse suprimido e prevalecesse apenas o registo informático. A existência da aplicação informática SAPE vem realçar a importância de uma prática de registos, permitindo a informatização do plano de cuidados, e até de todo o processo de Enfermagem, servindo de apoio à prática da Enfermagem e facilitando a comunicação entre todos os profissionais prestadores de cuidados de Enfermagem de qualidade. A utilização de linguagem CIPE promove uma nomenclatura e classificação comuns entre os enfermeiros, criando desta forma, um modelo único para descrever a prática clínica da enfermagem nos seus diferentes contextos. Desta forma, contribui para *“maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação à políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência”* (OE, 2007d, p.2).

“Construir-se formando-se, formando-se construindo-se, produzir conhecimento para criar sentido, produzir sentido para criar conhecimento. Eis, a este nível da temporalidade biográfica, os desafios, as dialéticas da formação” (Josso, 2002, p.155). A formação deve ser vista como um processo contínuo de desenvolvimento de competências, visando a transformação pessoal, profissional e na prática clínica. O enfermeiro especialista deve ter um papel preponderante nesta área, desenvolvendo atividades que fomentem a formação de grupos de pares e a sua própria formação. Segundo Abreu (1997), a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão.

Neste âmbito, no **módulo de estágio I_SU** realizei, uma **formação em serviço** ao grupo de pares sobre **“Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes do cuidar no doente em agonia, em contexto de urgência”** (ver **Anexo VI**). A ideia de realização desta formação surgiu após conversas com os profissionais, nomeadamente com as enfermeiras tutoras e enfermeiro chefe do SU, e por sentir de igual forma ser uma necessidade a colmatar em mim mesma. A formação decorreu no dia 20 de novembro no SU pelas 15:30. Apesar da baixa adesão por parte dos profissionais (apenas 6 enfermeiros), o feedback foi bastante

positivo face ao que foi apresentado e discutido, mostraram-se bastante participativos e classificaram a formação de entre o bom e o muito bom (ver anexos do anexo VI).

A realização desta ação de formação permitiu-me aprofundar conhecimentos na área dos cuidados paliativos, nomeadamente nos cuidados ao doente em agonia. O tema abordado “Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes do cuidar no doente em agonia, em contexto de urgência”, teve como finalidade aprofundar conhecimentos na área dos cuidados paliativos, concretamente nos últimos momentos da fase de vida do paciente em processo de morte, em contexto de trabalho no SU, assim como, apoiar os/as equipas de enfermagem que contactam com pacientes em fim de vida, de forma a lidar e aceitar esta fase que antecede a morte, a proporcionar tratamentos em conformidade com a etapa de processo de morte em que o doente se encontra, bem como, a diagnosticar necessidades espirituais/emocionais do doente e família no sentido de estruturar um agir mais eficiente e humanizado. Também, teve por objetivos: definir o conceito de cuidados paliativos, a sua abrangência e focar os princípios que os pautam; clarificar conceitos de doente terminal e de doente agónico; reconhecer os sinais de agonia; abordar as atitudes do cuidar no doente em agonia, que devem nortear o trabalho de conjunto e articulação de toda a equipa multidisciplinar perante a irreversibilidade da morte.

A elaboração deste trabalho tornou-se pertinente, na medida em que se tem verificado um gradual aumento do número de doentes em cuidados paliativos a recorrer aos serviços de urgência das unidades hospitalares, por situações agudas inerentes ao estadió avançado da doença. Muitas das quais são previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar. No entanto, devido à ainda atual imperfeita abrangência dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, torna-se imperativa a humanização dos cuidados prestados na fase terminal da vida do paciente, pelo que os enfermeiros dos serviços de urgência devem estar despostos para lidar e reconhecer as necessidades básicas do doente terminal, nomeadamente na agonia.

Estudos demonstram que 10% dos episódios de urgência referem-se a doentes que necessitam de cuidados paliativos, por situações agudas típicas da fase avançada de cancro, muitas das quais previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar (no domicílio) como: dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor. Segundo Massa (2010, p.4), *“quando não inseridos numa instituição hospitalar, os programas de cuidados paliativos podem ser prestados em lares residenciais, unidades de cuidado continuado, clínicas e*

domicilio”. Idealmente, a fase final de vida deveria ocorrer num ambiente familiar para o paciente, de forma a este se sentir útil e não um estorvo ou transtorno para a família. Enquanto a sua saúde assim o permitisse poderia manter as suas rotinas e os seus hábitos, e os seus amigos e familiares sentir-se-iam partes integrantes deste processo, o que confiaria maior conforto e satisfação pois poderiam participar ativamente, evitando assim o choque e o desconforto que o ambiente hospitalar possa incitar. Para tal seria necessário disponibilizar uma estrutura organizada (médicos, enfermeiros, psicólogos) que atuasse no exterior, ou seja em contexto domiciliar com o objetivo de amparar os cuidadores ao longo de todas as etapas do fim de vida, particularmente, nos últimos dias e horas finais, quando o doente evidencia sinais de enorme angústia e sintomas próprios de uma doença ou fase terminal. Esta atitude, para além de proporcionar conforto e qualidade de vida ao doente mantendo o seu padrão de vida habitual, iria ainda beneficiar o sistema de saúde, traduzindo uma diminuição de episódios de urgência e consequentes hospitalizações que vão, a maior parte das vezes, contra a vontade do paciente a de morrer em casa, bem como, evitar que todo o trabalho, entrega e desgaste psicológico dos cuidadores/familiares tenha sido em vão, ou mesmo o aparecimento de sentimentos de fracasso ou incompetência, de não estarem à altura do desafio e de que o desenlace final se deva a alguma falha ou erro da sua parte. Paralelamente, evitar-se-iam tratamentos invasivos e desnecessários, bem como a possibilidade de ocorrência de obstinações terapêuticas, traduzindo-se na diminuição de custos e na redução do número de recorrências aos serviços de urgência. Daí ter surgido a necessidade da criação dos Cuidados Paliativos.

Em 2002, a OMS, citada pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006, p.2), definiu os cuidados paliativos como *“uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da presença e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”*. Entende-se por doença terminal uma doença (avançada, incurável e progressiva) com diagnóstico confirmado, e para a qual se verifica ausência de resposta a tratamento específico, presença de sintomas intensos, multifatoriais e cambiantes e enorme impacto emocional no doente e família, com prognóstico de vida inferior a seis meses. E abarca não só doentes com cancro em fase terminal, como outras doenças crónicas progressivas (sem resposta a terapêutica de intuito curativo e com

prognóstico de vida reconhecidamente limitado) como as insuficiências respiratórias crônicas, cardíacas, renais e hepáticas, as doenças infecciosas como o HIV (em fases terminais), bem como as patologias neurológicas degenerativas (esclerose lateral amiotrófica, esclerose em placas, as demências), a fibrose quística, entre outras (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

Qualquer que seja a definição do termo Morte, esta marca o fim definitivo e irreversível da existência, isto é, o encerrar do ciclo de vida de qualquer ser que um dia nasceu. Os profissionais de saúde têm que interiorizar que a morte é parte integrante do seu trabalho, não uma derrota, e que os tratamentos não devem ser desproporcionados, ou seja, prolongar ao máximo a vida mesmo quando o doente já está agonizar. Aceitar a Morte permitirá dignificar a vida e proporcionar aos pacientes em fim de vida uma “boa morte”. Uma vez confrontado com um diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura, um agravar irreversível do estado de saúde de um paciente, comunicar a morte de um familiar são momentos de tensão e stress com os quais os enfermeiros têm de aprender a gerir e a comunicar. Uma das habilidades que um enfermeiro almeja saber na sua profissão é o quando e como transmitir más notícias. Nestes momentos críticos é crucial que o profissional demonstre empatia e transmita segurança. A postura adotada, as palavras empregues devem ser avaliadas e pensadas. O acenar da morte é algo com que o paciente e a família nunca estão preparados para se confrontar, mesmo no pior dos cenários.

Afigura-se consensual que a maior dificuldade no acompanhamento de moribundos, não se prende no morrer em si, mas com o padecimento de uma doença prolongada (avançada/terminal), pelo que é indispensável promover o conhecimento dos profissionais de saúde, sobre os cuidados paliativos e os vários aspetos que envolvem os cuidados no fim de vida. O que constitui um desafio para os profissionais e para o sistema de saúde.

Os últimos momentos de vida envolvem muitas perguntas. As incertezas são a única verdade dos momentos que antecedem a morte, pelo que ter controlo da situação reduz a possibilidade de variação, o medo e a ansiedade. A morte assume-se como um momento único e sozinho. As últimas horas suscitam desejos de paz, boa hora e boa partida e geralmente são acompanhadas de sentimentos de tristeza, melancolia e saudade.

À medida que a doença vai progredindo, assiste-se ao agravamento gradual do estado geral do doente. Integra uma competência importante saber identificar os sinais e sintomas que

permitem diagnosticar a fase de agonia, ou seja, reconhecer que o doente se encontra nas últimas horas ou dias de vida. Nesta fase, são objetivos dos cuidados: o controlo de sintomas, instituição de medidas de conforto, prevenir o aparecimento de novos problemas através da prescrição de terapêutica (de resgate), suspensão de intervenções inúteis ou medidas inapropriadas, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a morte do doente. Bem como facilitar a presença dos familiares e proporcionar um espaço físico adequado (reservado e tranquilo).

Nas últimas horas, o doente torna-se progressivamente mais “ausente” da vida. Não consegue comunicar, alimentar-se ou mobilizar-se, assim como a expressão facial, sugestiva de dor ou sofrimento, torna-se difícil de ser decifrada. Assiste-se ao rápido declínio funcional do doente. O objetivo nessa fase é promover o controlo dos sintomas de forma completa, prevenir os agravamentos das últimas horas de vida e suavizar a agonia final. O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) sugere um conjunto de sintomas que devem ser avaliados: anorexia e nenhuma ingestão de líquidos, imobilidade, alteração cognitiva e sonolência e/ou *delirium*, mioclonias, dor, colapso periférico, falências funcionais, ronco final. De forma a atenuar estes sintomas existe todo um conjunto de tratamentos farmacológicos que podem ser administrados, assim como, proporcionar cuidados, apropriados, sem intervenções desnecessárias.

Os enfermeiros assim como os outros profissionais na área da saúde são formados para combater a morte. São responsáveis pelas suas práticas, pelo que dispõem de autonomia, e as mesmas, assentam valores e princípios éticos. Princípios que entram em conflito perante a agonia de um doente em final de vida. Neste âmbito, é de extrema importância entender a morte como um evento natural da vida que deve ser vivida em família, que o enfermeiro neste tipo de situação tem como missão garantir uma morte digna, assentando no controle dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, apoiando a família e o doente na aceitação e compreensão desse processo.

Cuidar de pacientes terminais/em fim de vida exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, exige entrega, pré-disposição para ouvir o doente e a sua família, compreender os seus medos, angústias, escolhas e desejos.

A realização desta ação de formação, permitiu-me desenvolver as minhas capacidades

comunicacionais e compreender de melhor forma as particularidades inerentes à morte e aos cuidados paliativos e reconhecer diretrizes relativas ao cuidar do doente em agonia, assim como, comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico à equipa multidisciplinar e desenvolver competências pedagógicas e de investigação.

No **módulo de estágio III_INEM** realizei conjuntamente com duas colegas de estágio, uma **formação em serviço** ao grupo de pares sobre “**Transmissão de más notícias no contexto pré-hospitalar**” (ver **Anexo VII**). A ideia de realização desta formação surgiu após conversas com os profissionais, através da observação das equipas aquando de situações de transmissão de más notícias e por sentirmos de igual forma ser uma necessidade a colmatar em nós mesmas. A formação decorreu no dia 20 de junho no auditório da Delegação Regional Norte do INEM pelas 10:00. E apesar da baixa adesão por parte dos profissionais, o feedback foi bastante positivo face ao que foi apresentado e discutido, mostraram-se bastante participativas e classificaram a formação muito boa (ver anexos do anexo VII).

A comunicação de más notícias é uma realidade presente no quotidiano dos profissionais de saúde, integrando uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que suscita, entendendo-se por “má notícia” qualquer informação negativa que acarrete uma mudança drástica ou significativa nas perspetivas/expectativas futuras de vida de uma pessoa. As questões da interação e da comunicação ressaltam com mais evidência na situação de comunicação de más notícias, as quais poderão ser inquietantes pelo impacto físico, social e familiar que provocam, dificultando a relação entre doente e profissional de saúde, pelo que a comunicação/informação de más notícias continua a ser uma área delicada e complexa, contudo uma comunicação aberta e apropriada permite uma melhor adaptação à situação em causa.

Como a morte continua até hoje e na nossa cultura a ser um tabu, as pessoas em geral, incluindo os profissionais de saúde ainda não estão preparados para encará-la, motivo pelo qual ninguém aprecia ser portador de más notícias, é sempre uma situação delicada, promotora de stress e sofrimento, impondo a sua transmissão bastante diplomacia. Oliveira e Amâncio (1999, p.215) consideram que “*talvez ao aceitar a sua própria morte, e a dos outros, o ser humano possa atenuar a tristeza e diminuir a dor e o sofrimento que daí*

advém, encontrando um ponto de reflexão que o auxilie a melhor se conhecer, respeitar e viver, atribuindo uma maior importância a cada momento, aparentemente insignificante!”.

Podem-se considerar quatro tipos de morte segundo Sudnow, citado por Oliveira *et al* (2004): psíquica é quando não se está completamente lúcido, quando não se está com as capacidades mentais bem ativas; espiritual resulta do crente pensar que a sua alma se encontra em estado de pecado mortal, de forma que, será condenado ao sofrimento eterno; social quando há a separação, a rutura total com a família e sociedade, na nossa sociedade, por exemplo, muitos delinquentes, prostitutas, homossexuais, desempregados, idosos, etc., são abandonados pelos familiares ou internados em hospitais, asilos, lares e isto porque discrimina-se todos aqueles que pelo seu comportamento, idade ou situação social e profissional não podem ser considerados pessoas de respeito ou de sucesso, sendo consideradas como perturbadoras da ordem e do modelo de vida socialmente aceites, biológica resulta da cessação das atividades vitais do nosso corpo físico, que rapidamente fica irreconhecível (entra em decomposição).

As nossas atitudes perante a vida e a morte ultrapassam as barreiras do biológico, do cultural e do inconsciente e exigem uma compreensão consistente. O facto de que, inevitavelmente, um dia vamos ter que enfrentar a morte, pode levar-nos a que possamos aprender a (re) valorizar o tempo, as ações, os aspetos positivos e até a valorizar as coisas mais simples da vida. Nada é mais natural, universal e diariamente visível do que a vida e a morte (Oliveira, 2009).

A atitude perante a expectativa da nossa morte, surge do conhecimento de que havemos de morrer um dia e da experiência direta ou indireta do morrer dos outros, sendo de certa forma uma construção imaginária sobre o que poderá ser “o morrer”. Existe uma diferença significativa entre a atitude face à expectativa da morte e a atitude na morte, porque no primeiro caso, é a atitude face ao que imaginamos que terá de suceder e no segundo caso, é a atitude tida face ao sucedido que imaginávamos. Na realidade trata-se de dois fatos distintos, enquanto no primeiro caso é uma representação e no segundo é uma apresentação. Um mesmo indivíduo não adota uma atitude idêntica perante o saber que no futuro tem de morrer, como perante o facto de que já, agora, dentro de dias (por exemplo) vai morrer (Pereira, 2005).

A expectativa que cada um tem da morte, possui uma componente sociocultural, uma vez que vivemos em sociedade e esta influencia a construção que cada um elabora acerca do

seu morrer. Quando nos imaginamos a morrer, representamo-nos a morrer, ou seja, vemo-nos a morrer, porque não nos imaginamos a morrer agora, mas sim num futuro distante e impreciso. Existem quatro atitudes básicas perante a expectativa da morte: de medo; de angústia; de negação e de afirmação (Castilla, 1995).

A comunicação de más notícias está sempre relacionada com situações que alteram radicalmente e de forma negativa a desígnio que o doente faz do seu. É vista como uma situação de perda irreversível. Os protagonistas das “más notícias” são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Existem diversos obstáculos à comunicação de más notícias e que são, entre outros, resultado de diversos medos dos profissionais de saúde bem como da sua atitude face à doença/morte (Pereira, 2005).

Apesar de não existirem palavras certas para dar más notícias, existem vários princípios (técnicas) que permitem que as más notícias possam ser dadas de uma forma mais sensível e ajustada ao doente. Estas técnicas envolvem aspetos da comunicação verbal e não-verbal e podem ser aprendidas e treinadas.

A transmissão de más notícias provoca habitualmente perturbação, tanto a quem as recebe como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reação emocional intensa, por exemplo lágrimas e cólera. Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, é sempre uma situação difícil e geradora de stress, bem como sofrimento.

A comunicação da morte é sem dúvida um momento complicado, que familiares ou amigos jamais conseguem esquecer, de facto não existem regras e algumas situações são particularmente mais difíceis de lidar. Sendo muitas vezes frequente que a informação seja até transmitida de uma forma não-verbal, através da expressão facial, o contacto nos olhos, a postura e o toque.

O objetivo primordial desta ação foi enumerar algumas indicações que poderão auxiliar nesta comunicação, tais como: escolher um familiar mais próximo, mais calmo; escolher um local reservado; falar de forma clara; não usar termos médicos incompreensíveis; não usar frases vagas e usar as palavras “morto/a” ou “morte” (Pereira, 2005).

A realização desta ação de formação, permitiu-me desenvolver as minhas capacidades comunicacionais e compreender de melhor forma as particularidades inerentes à comunicação de más notícias e reconhecer diretrizes relativas à orientação da morte. E ainda constatar que o papel do enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica não se reduz apenas em alcançar conhecimentos para o cumprimento de atividades técnicas, por mais complexas que sejam, e ao manejo de tecnologia rebuscada, baseado em saberes científicos em constante atualização.

3. Considerações Finais

Segundo Jeanguiot (1999), a aprendizagem em contexto de estágio passa, não só pela concetualização da prática, mas também pela noção que é transposta para a ação refletida e modificada. Assim, os novos conhecimentos são integrados e criam-se as condições ideais para o desenvolvimento de competências.

Tendo em conta que os atos praticados são antecedidos do adequado processo de tomada de decisão, fundamentado nos valores, nos princípios e nos deveres que integram a deontologia de Enfermagem (Deodato, 2008), no decurso destes módulos de estágio, da base do desenvolvimento de competências, ressalta a especificidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente/família. Uma relação fundamentalmente humana de onde sobressai a necessidade de cuidados eficazes, requerendo atitude científica e arte, num agir fundamentado. A conduta nos diferentes módulos foi norteada para a área assistencial, de gestão de cuidados e da qualidade, visando a melhoria na qualidade assistencial ao doente/família.

Durante os distintos módulos de estágio tive oportunidade de desenvolver um variado leque de atividades já referidas anteriormente, pelo que aqui não pretendo reiterar essa mesma exposição, mas simplesmente realizar uma observação dos aspetos que concorreram ou que dificultaram a aquisição de competências.

O SU é caracterizado pela sua imprevisibilidade. Não existem duas situações nem dois doentes iguais. A abordagem das situações com que nos deparamos depende da avaliação que se efetiva e uma má gestão de prioridades pode ser fatal. A passagem por este serviço firmou que a avaliação do doente e a priorização dos cuidados de saúde a prestar inicia-se aquando do processo de triagem, afigurando-se, assim, como fundamental um Sistema de Triagem eficiente.

Na Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica, os doentes estão profundamente condicionados, fortemente ou inteiramente dependentes dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, da maquinaria e medicação, dado que operam como linha condutora para a manutenção da vida, exigindo cuidados e atenções redobradas, pois, até o seu manuseamento pode significar um risco para o doente. A reunião destas particularidades complexifica a aquisição de competências preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista de EMC. Nesta conjuntura, reconheço que a minha experiência profissional em UCI foi um trunfo para a aquisição/desenvolvimento dessas competências. Porém, o somatório das minhas experiências passadas e as diferenças percecionadas entre as UCI, neste contexto laboral, suscitaram-me uma crescente necessidade de refletir e questionar sobre a prática, tendo como alicerce os saberes científicos, favorecendo o encurtamento do caminho que distingue o enfermeiro de cuidados gerais do enfermeiro especialista. Este conhecimento foi facilitador, na medida em que me permitiu desenvolver uma observação mais crítica sobre a realidade envolvente, de modo a constatar o cumprimento das recomendações existentes para a prevenção da Pneumonia Adquirida pela Ventilação Invasiva, bem como das normas preconizadas pela Comissão de Infecção, no que respeita à triagem de lixos e resíduos. Atendendo à especificidade desta Unidade de Cirurgia Cardio-Torácica, tive necessidade de aprofundar conhecimentos na área do transplante cardíaco, através de uma revisão bibliográfica.

Com a realização deste módulo de estágio, aliada à minha realidade de prática profissional, foi fácil compreender que perante um cenário em que se apresentam doentes cada vez mais comprometidos, tecnologia cada vez mais complexa, população cada vez mais idosa e fragilizada e dilemas éticos, o Enfermeiro não pode operar sozinho, sendo necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Todavia, o Enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para o encaminhar de situações problemáticas, fora da sua esfera de competências, para outros profissionais mais bem situados.

A possibilidade de atuar de forma determinante e definitiva na vida de um doente não está presente de forma tão óbvia e completa em qualquer outra área como na dos cuidados pré-hospitalares, obrigando pelo que observei a que a cooperação, trabalho de equipa e comunicação sejam efetivas e uma premissa constante na atuação destes profissionais.

A passagem pelos diversos meios proporcionou-me uma visão global do trabalho efetuado na área do pré-hospitalar. Acredito que a proximidade com uma realidade distinta da que

me é familiar exigiu da minha parte um esforço maior no sentido de superar as contrariedades que surgiram no terreno, promovendo uma evolução e crescimento pessoal, nomeadamente no que concerne às relações interpessoais. Tendo de igual forma contribuído para perceber que “trabalhar na rua” não é tarefa fácil, uma vez que as equipas de emergência pré-hospitalar estão expostas a todo o tipo de perigos e situações imprevistas, bem como às condições climatéricas. Neste módulo de estágio, com a execução de registo de ativações nos diversos meios, foi possível verificar que as ativações dos mesmos destina-se, em grande parte das vezes, a situações de agudização de doença crónica, que poderá dever-se à não adesão/incumprimento do regime terapêutico, motivado pelo crescente envelhecimento populacional, por carências económicas e ainda a situações que não requerem a intervenção dos meios do INEM. Face a esta realidade, constatei que se impõe aos profissionais que nesta área operam a necessidade de um maior investimento em sessões de educação para a saúde, particularmente no que respeita à importância da adesão/cumprimento do regime terapêutico e alimentar, bem como apelar ao dever cívico para solicitar/recorrer a estes meios em consciência. Sempre que se justifique a sua intervenção, deve ainda solicitar-se aos cidadãos que sejam o mais claros e precisos nas informações concedidas, de forma a encurtar o tempo de atendimento, a precisar o estado da vítima, bem como a facilitar a discriminação do meio a ativar. Todavia, pude comprovar que esta preocupação tem adquirido maior cuidado por parte do INEM, aquando da participação de um *Mass Training* que visou a divulgação/ensino de SBV e ainda o ensino sobre como proceder a uma correta ativação do 112.

O contato com cada um dos campos de estágio permitiu-me, no que respeita ao Domínio da Gestão de Cuidados, abordar os métodos de trabalho, de organização e de liderança; os instrumentos de avaliação da carga de trabalho; os registos de enfermagem; a tomada de decisão em contexto pré-hospitalar e a importância da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A formação é uma das formas de divulgação, sensibilização e mudança, indo ao encontro de pessoas que estão motivadas e “ *em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração da teoria prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de “modelos” profissionais*” (Abreu, 2007, p. 13). Neste sentido, na passagem pelos diferentes módulos de estágio foi minha preocupação detetar necessidades formativas, que

se mostraram pertinentes e motivaram a realização de ações de formação, designadamente no que respeita aos cuidados em agonia em contexto de urgência e na transmissão de más notícias no contexto hospitalar. Estas ações abordaram a temática da dor, dos cuidados paliativos, da morte e da comunicação. Atendendo à área formativa apresentou-se ainda como uma necessidade pessoal proceder a revisões de literatura, que se foram revelando pertinentes ao longo deste percurso.

O decurso evolutivo certificado ao longo dos módulos de estágio só foi possível, por incorporar uma prática profissional/ética no meu espaço de ação e pela promoção de práticas de cuidados que visam o respeito pelos direitos humanos e a responsabilização. Posto isto, ao longo dos estágios e da elaboração deste Relatório, orientei de forma sistematizada e organizada as minhas experiências, retirando delas o máximo de potencial possível para atingir os objetivos propostos e para adquirir as competências pretendidas.

Durante este período de especialização e, como foi referido ao longo deste relatório, foram várias as competências desenvolvidas, algumas delas já adquiridas anteriormente, mas agora limadas. Entre elas destaco:

- Reconhecimento da importância dos valores, da ética e da responsabilidade profissional na defesa do superior interesse da pessoa;
- Relação interpessoal e comunicação;
- Tomada de decisão, resolução de problemas, interação com situações novas;
- Prática reflexiva, pesquisa, conhecimento e investigação;
- Valorização do trabalho em equipa;
- Intuição e experiência, tendo em conta que um enfermeiro é considerado perito por possuir conhecimento e experiência acumulados, e só assim poderá ter uma compreensão adequada da sua prática.

Na sociedade em que vivemos, a qualidade dos cuidados de saúde tem sido motivo de reconhecimento por parte da comunidade, acentuando-se o contributo específico dos cuidados de enfermagem no sistema de saúde, o que representa transmitir aos enfermeiros que é necessário fazer mais e melhor, atendendo a que os enfermeiros, citando Vieira (2007, p.155), *“trabalham com pessoas, ao longo do ciclo da vida, saudáveis e doentes, em ambientes de alta tecnologia, (...) onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece”*. Ao longo dos módulos de estágio, refleti sobre a importância da grande temática que se tem vindo a incorporar na prática diária da

Enfermagem e que passa pela humanização dos cuidados de saúde a prestar. Esta engloba a prestação de cuidados eficientes ao doente/família, visualizando o doente como um todo e o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos, assumindo a comunicação um papel preponderante nesta relação.

A participação ativa nas ações narradas proporcionou-me a aplicação de conhecimentos, adquiridos e novos, o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos ampliados e multidisciplinares, apresentando capacidade para incorporar conhecimentos e, em consequência, lidar com questões complexas.

O intercâmbio de ideias e de conhecimentos foi uma constante, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados. Os enfermeiros dos diferentes serviços, assim como as enfermeiras tutoras, assumiram um papel muito importante na consecução dos meus objetivos. Analisando os que me havia proposto alcançar no início desta jornada, penso ter conseguido de forma global o desenvolvimento das competências enunciadas ao longo deste relatório.

Como enfermeira especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica aprez-me verbalizar que a realização destes módulos de estágios e respetivo relatório permitiram-me uma maior abertura para novas iniciativas e uma mudança ou ajuste de comportamentos que derivaram da análise crítica e reflexiva dos conhecimentos adquiridos, fomentando a capacidade para a resolução de problemas, características indispensáveis num Enfermeiro Especialista. Este crescimento promove a evolução para uma excelência na prestação de cuidados, devendo ser este o objetivo último de todos os Enfermeiros, dando ênfase aos que são e anseiam ser Enfermeiros Especialistas.

Como remate final, destaco o aprazimento que proveio da realização destes módulos de estágio, os desafios constantes, a superação das dificuldades sentidas e o trabalho realizado, por terem contribuído de forma preponderante para que a minha prática seja cada vez mais rigorosa, em busca dos padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. Fica a consciência de que a excelência no exercício profissional se constrói no dia a dia com a experiência e o conhecimento acumulados, baseando a prática na evidência e refletindo sobre os cuidados prestados, numa busca permanente de melhoria e aperfeiçoamento constantes.

4. Referências bibliográficas

- Abreu, W. C. (1997). **Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar**. In Formação e Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora.
- Abreu, W. C. (2007). **Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009). **Manual de Cuidados Paliativos**. [online]. Disponível: <http://www.nhu.ufms.br>. [consultado em 30 outubro de 2012].
- Alarcão, I.; Rua M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Vol. 14, n.3, pp. 373-82.
- Alfaro-Lefevre, R. (2005). **Aplicações do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Annes R.; Filho S. (2011). **Trauma de Tórax Fechado**. [livro virtual]. Rio Sul (Brasil). Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica. [online]. Disponível em: http://www.sbct.org.br/pdf/livro_virtual/trauma_torax_fechado.pdf. [consultado em 10 outubro, 2012].

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, recomendações da ANCC**. [online]. Disponível: <http://www.apcp.com.pt> [consultado em 20 outubro de 2012].
- Basto, Marta Lima; Carvalho, Zuila Maria F. (2003). A Produção do Conhecimento em Enfermagem: O que Escrevem os Enfermeiros Portugueses? **Revista Pensar Enfermagem**. Vol. 17, nº 2, pp. 2-14.
- Bártolo, E. (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais aprendem. **Revista de Ciências de Educação**, n.º5 de jan-abr., pp. 7-18.
- Beccaria et al (2010). Horas de Cuidados de Enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuação de intervenções terapêutica. **Arquivo Ciências da Saúde**, jan-março, 17 (1), pp. 48-53. [online]. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/ID8L_jan-mar_2010.pdf. [consultado em 19 abril, 2013].
- Bento, M. C. (2001). Formação em Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Vol. 35, p.33.
- Boff, L. (1999). **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Editora Vozes.
- Borges A.; Maia E.; Costa L.; Pacheco M.; Leal Z.(2009). Delegar Funções: uma estratégia de Gestão em enfermagem. **Revista Sinais Vitais**, n. 66. [online]. Disponível:http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3527:delegar-funcoes-uma-estrategia-de-ge. [consultado em 2 fevereiro, 2013].
- Cardoso L. (2006). **Aleitamento Materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica**. [Dissertação de Mestrado]. Braga: Universidade do Minho. [online]. Disponível: <http://pt.scribd.com/doc/39307530/51/%E2%80%A2efeitos-da-comunicacao-social>. [consultado em 1, fevereiro, 2013].

- Carvalho A.; Abreu M. (2009). **Cuidar em Enfermagem**. [webartigo] [online]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/cuidar-em-enfermagem/14277/>. [consultado a 20 abril, 2013].
- Castilla C. (1995). **Ciúmes, Loucura, Morte**. Lisboa: Editora Temas de Actualidade.
- Cronin, J. G. (2003). "The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland". [online]. **Accid Emerg Nurs** 11(2). pp.121-125. Disponível: [http://: www.nursing2007criticalcare.com](http://www.nursing2007criticalcare.com) [consultado em 21 novembro, 2012].
- Decreto-Lei nº 48/1990 de 24 de agosto. **Lei de Bases da Saúde**. Diário da República, Série I, n.º 195. Portugal.
- Decreto-Lei nº 11/1993 de 15 de janeiro. **Estatuto do Serviço Nacional de Saúde**. Diário da República, 1ª série, n.º 12. Portugal.
- Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril (alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Diário da República, 1ª série, nº 180. Portugal.
- Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de maio. **Lei Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica**. Diário da República, 1ª série, n.º103. Portugal.
- Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro. **Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Diário da República, 1ª série, n.º 180. Portugal.
- Deodato S. (2008). **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Almedina.
- Direção Geral de Saúde (2003a). Direção de Serviços de Planeamento. **Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação**. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2003b). Direção de Serviços de Planeamento. **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Ministério da Saúde. [online]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> [consultado em 20 fevereiro, 2013].
- Direção Geral de Saúde (2003c). **Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2008a). **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2008b). **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2012). **Plano Nacional de Saúde 2012-2016-eixo Estratégico-Qualidade em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Emergency Nurses Association (2007). **Manual de Trauma Nursing Core Course**. 6ª edição. Emergency Nurses Association. Pp.332.
- Faria M. C. C. (2006). **Contributo do benchmarking para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro. [online]. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3348/1/2007001391.pdf>. [consultado em 19 abril, 2013].
- Ferreira, M.; Bueno, A. (2005). **O portfólio como avaliação na educação superior: Uma experiência de sucesso em um curso de pedagogia**. São Paulo: Avercamp.
- Fiorelli A., Oliveira J., Stolf N. (2008). Insuficiência cardíaca e transplante Cardíaco. **Revista de Medicina**. Vol. 87, n. 2, pp. 105-120.

- Fortin, Marie-Fabienne; Côté, José; Vissandjée, Bilkis (1999). **As Etapas do Processo de Investigação. In Fortin, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: Da Conceção à Investigação.** Loures: Lusociência.
- Froes, F; Paiva, J. (2007). Pneumonia Nosocomial – normas de tratamento: consenso SPP/SPCI. **Revista Portuguesa de Cuidados Intensivos.** Nº 4, pp. 20-28.
- Galdeano, L.; Rossi, L e Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** maio-junho, pp. 371-375.
- Greco, R. M. (2004). Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol. 57, nº. 4, pp. 504-507.
- Hatchett, R.; Thompson, R. (2006). **Enfermagem cardíaca: um guia polivalente.** Loures: Lusociência.
- Hesbeen, Walter (2000). **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar.** Lda.. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.
- Instituto Nacional de Emergência Médica _ INEM (2002). **Manual de Trauma.** [online]. Centro de Formação do Porto. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/96678972/Manual-de-Trauma-INEM-2002>. [consultado em 20 fevereiro, de 2013].
- Instituto Nacional de Emergência Médica_INEM (2008). **Código de Ética dos Profissionais do INEM, Conselho Diretivo do INEM.** Disponível em:http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27757 [consultado em 20 fevereiro, 2013].

- Instituto Nacional de Emergência Médica_INEM (2009). **CODU**. [online]. Disponível em: www.inem.pt [consultado em 1 fevereiro, 2013].
- Jeanguiot N. (1999). Approche de l'alternance en formation: étude comparée de la formation de enseignants L.I.U.F.M. et de la formation des infirmiers. **Recherche en Soins Infirmiers**. V. 57 (juin).
- Jorge, I. C.; Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. **Revista Servir**, Vol.43,n.6, pp 290-296.
- Josso, M. C. (2002). **Experiências de Vida e Formação**. Lisboa: Editora Educa.
- Kron, T.; Gray, A (1989). **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Interlivros.
- Lacerda, R. (2006). **Manual de avaliação de qualidade de práticas de controlo de infeção hospitalar: projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controlo de infeção hospitalar**. . São Paulo: Secretaria de estado da saúde.
- Leite, L. (2006). **O Enfermeiro especialista: Percursos de desenvolvimento profissional** in II Congresso da Ordem dos Enfermeiros [online]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/index.php. [consultado em 10 janeiro, 2013].
- Macphail.E. (2001). **Panorâmica da enfermagem de urgência**. In Sheely, S. **Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática**. Loures: Lusociência.
- Maran E. (2009). **Auditoria da assistência de enfermagem: influência na qualidade dos serviços prestados**. [artigo], Brasil. [online]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAkZYAJ/auditoria-na-assistencia-enfermagem#>. [consultado em 18 abril, 2013].

- Martins, José (2008). **Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética**. Vol. 12, nº 2, 1ª Edição. Lisboa.
- Massa, E. B. (2010). **Análise da Necessidade de Recurso ao Serviço de Urgência de Doentes Oncológicos Em Cuidados Paliativos**. [Mestrado Integrado em Medicina]. [online] Porto: Universidade do Porto. 23pp. Disponível: <http://repositorio.aberto.up.pt> [consultado a 21 outubro, 2012].
- Ministério da Saúde (2003) **Direcção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). **Programa nacional de prevenção e Controlo de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.[online].Disponívelem:http://www.ulsm.minsaude.pt/ResourcesUser/Documents/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf. [consultado em 1 fevereiro,2013].
- Munari, D. B.; Bezerra, A. L. Q.(2003). Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 57, nº. 4, pp.484-486.
- Nunes, M.; Ornelas, G.; Mendonça, C.; Pontes B. (2008). **Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência periféricos da RAM**. [Pós Graduação em Urgência/Emergência Hospitalar], Funchal: Universidade Atlântica. [online]. Disponível: em <http://www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf> [Consultado em 25 de janeiro, 2013].
- Oliveira, A. e Amâncio, L. (1999). Representações sociais da morte- a influência do contexto na perceção da morte. **Psicologia**. Vol.12,n.2, pp.213-235.

- Oliveira, M., Luginger S., Bernardo A., Brito M. (2004). **Morte – Intervenção Psicológica Junto da Família do Paciente Terminal**. Portugal: Universidade Lusíada. [Trabalho de Licenciatura]. [online]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/testos/TL0017.PDF>. [consultado em 20 de fevereiro, 2013].
- Oliveira M. (2009). A Morte: plenificação ou nadificação. **Poros**. Vol.1, n.1, pp. 51-62.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). **Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e Comentários**. [online] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt> [consultado em 10 de janeiro, 2013].
- Ordem dos Enfermeiros (2006). **Conselho Internacional de Enfermagem. Dotações seguras, salvam vidas**. [online]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf. [consultado em 19 abril, 2013].
- Ordem dos Enfermeiros (2007a). **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). A OE e o desenvolvimento profissional. **Revista Ordem dos Enfermeiros**, nº26, p.15.
- Ordem dos Enfermeiros (2007c). **Conselho Internacional de Enfermagem. Ambientes favoráveis à prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade**. [online]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf. [consultado em 19 abril, 2013].

- Ordem dos Enfermeiros (2007d). **Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais.** [online]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf. [consultado em 10 março, 2013].
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor_Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem. **Cadernos Série 1, nº1.**
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2009). **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). **Guia de Recomendações para o cálculo de Dotação de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde.** [online]. Disponível em: <http://www.slideshare.net/doutorenfermeiro/recomendacoes-dotacao-enfermeirossnsvfsite>. [consultado em 19 abril,2013].
- Ordem dos Enfermeiros (2012). **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** [online]. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf [consultado em 2 março, 2013].
- Organização Mundial Saúde (2001). **Adherence to long-term therapies: policy for action.** [online].Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereep.pdf [consultado em 27 junho, 2012].

- Pereira M. (2005). **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Contributos para a formação em Enfermagem.** [tese de doutoramento]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. [online]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906> [consultado em 10 de outubro de 2012].
- Pereira, F. (2006). **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.** [Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [online]. Disponível: <http://repositorio-aberto.up.pt> [consultado em 24 novembro, 2012].
- Perrenoud, P. (2001). **Porquê construir competências a partir da escola?** Porto: Asa Editora.
- Pinheiro, M.F.R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. **Revista Servir** (novembro/dezembro), p. 319-331.
- Reis, M.D, de Rilk A, Schaufeli W.(1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items. Results from a multicenter study. **Critical Care Medicine.** V.24:6473. [online]. Disponível em: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/076.pdf> [consultado a 20 fevereiro, 2013].
- Toni, G. and P. McCallum (2007). "Emergency Triage". **Australasian Emergency Nursing Journal.** vol. 10, n. 2, pp.43-45. [online]. Disponível: <http://www.aenj.org.au> [consultado em 23 novembro, 2012].
- Vagheti, H. et al. (2004). Perceções dos Enfermeiros acerca das Ações Administrativas em seu Processo de Trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Vol 57, nº. 3, p. 316-320.
- Vieira, M. (1995). Cuidar, Defendendo a Autonomia da Pessoa Cuidada. **Servir.** Vol. 43, nº3.

- Vieira, M. (2007). **Ser enfermeira: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, n.º 16, 2ª edição.
- Waldow, V. R. (1998). **Examinando o conhecimento na enfermagem**. In Meyer et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed.
- Waldow, V. R. (2004). **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: RJ: Vozes.
- Watson, Jean (2002). **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda..
- Wesgler J. (2006). **Condutas do Enfermeiro no atendimento ao politraumatizado ortopédico nas unidades de urgência e emergência**. [Monografia]. Batatais. São Paulo (Brasil). [online]. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20003442.pdf>. [consultado em 22 abril, 2013].

5. ANEXOS

Anexo I
Caraterização do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Caraterização do Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano presta cuidados hospitalares diretos à população dos concelhos de Matosinhos e da Maia e ainda cuidados hospitalares de referência à população de Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Trata-se de um Serviço de Emergência Médico-cirúrgica e como tal o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direção Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com o Hospital de São João e o Hospital de Santo António no porto e a um nível inferior (com urgência básica) com os Hospitais de Vila do Cande e da Póvoa do Varzim.

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, localiza-se no piso -1 e do qual fazem parte as diversas áreas funcionais: área de Admissão e Recepção, área de Triagem, Sala de Emergência, Sala de Trabalho de Enfermagem, Sala de Inaloterapia, Sala de Tratamentos 2, Sala de Pequena Cirurgia e a Área de Observações – OBS/Unidade de Dor Torácica.

- **Área de Admissão e Recepção:** situada à entrada do SU, é o lugar onde são efetuados os procedimentos administrativos imprescindíveis à admissão do doente. Próximo a esta área encontra-se também o local de execução de outros processos administrativos como são as altas, os internamentos, recepção de reclamações, etc. Contíguo a esta zona está uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de Triagem.
- **Área de Triagem:** Área onde se realiza a primeira avaliação do doente, por um enfermeiro, com base no sistema de Triagem de Manchester, e que após avaliação do doente, lhe atribuiu um nível de prioridade. Os níveis de triagem pressupõem diferentes tempos de espera.

Cor da pulseira	Tempo de espera
Vermelha	Atendimento imediato
Laranja	10 minutos
Amarela	60 minutos
Verde	120 minutos
Azul	240 minutos

- **Sala de Emergência:** área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Com lotação de duas unidades (com possibilidade de excepcionalmente, abrir uma terceira), cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida (SAV). Para esta área está destacado um enfermeiro, que por um baixo número de admissões de doentes na mesma, presta apoio aos colegas da sala de trabalho e sala de Inaloterapia. No turno da manhã tem como função verificar stocks e material. A minha permanência nesta sala foi de 2 turnos, onde tive oportunidade de contactar com doentes com dificuldade respiratória, oclusão intestinal e choque hipovolémico. Tive ainda oportunidade de contactar com uma situação de PCR que foi revertida.
- **Sala de Trabalho de Enfermagem e Sala de Inaloterapia:** apesar de apresentarem uma designação diferente e consistirem em espaços distintos, a Sala de Trabalho de Enfermagem e a Sala de Inaloterapia funcionam como um só espaço. Os doentes que permanecem nesta área encontram-se a aguardar resultados de exames complementares de diagnóstico e analíticos e posterior reavaliação clínica. Os elementos referenciados para estas salas ajudam-se reciprocamente nos locais de maior afluência de utentes, ou seja da Sala de trabalho de Enfermagem/Inaloterapia e/ou quando há mais do que um doente a ser assistido na Sala de Emergência. E sempre que surge oportunidade de acorrer em auxílio à SE, quebra-se a rotina e aumenta a adrenalina, pela ida ao encontro do inesperado. Ou seja, sempre que se ouve o sinal sonoro de alerta de entrada de um doente na SE, não se faz a mínima ideia do que se vai encontrar.
- **Sala de Tratamentos 2 (URD_ Unidade Rápida de Diagnóstico):** a Sala de Tratamentos 2 tem uma lotação de dez macas e os doentes que aqui permanecem necessitam de vigilância inferior a 24 horas. Número que é frequentemente e largamente ultrapassado. Mantendo o mesmo rácio de profissionais por turno e a privacidade dos doentes deixa de ser respeitada, sendo que são obrigados a ficar em macas no corredor. Esta sala presta apoio aos utentes que se encontram a aguardar estudo clínico e orientação médica para internamento ou alta clínica. Aqui prestam-se todo o tipo de cuidados (como se se tratasse de um serviço de internamento) e logo que possível o doente é encaminhado para o internamento ou alta clínica. Os enfermeiros destacados para esta área recebem apoio, sempre que possível, do enfermeiro da Sala de Pequena Cirurgia. Esta é uma sala com grande rotatividade de doentes, grande parte deles idosos acamados a precisarem de cuidados a úlceras de pressão, pelo que verifiquei que o protocolo das úlceras preconizado pela instituição é seguido á regra.
- **Área de Pequena Cirurgia:** Esta ala é constituída por uma sala de trabalho de enfermagem, na qual se efetua administração de terapêutica e colheita de sangue para análise; por gabinetes de consultas médicas; e ainda por sala ampla, que possui duas

macas, para realização de pensos, suturas, entre outros procedimentos. Os doentes admitidos nesta sala são doentes do foro cirúrgico e de trauma menor. No caso destes últimos procede-se à avaliação segundo a abordagem de doentes politraumatizados. Aqui o enfermeiro para além de executar técnicas de enfermagem, efetua acompanhamento de doentes para realização de exames e para o bloco operatório. Mantém vigilância dos doentes e sempre que possível presta apoio aos colegas da URD.

- **Sala de Observações – OBS/Unidade Dor Torácica (UDT):** esta área é constituída por 16 camas, de entre as quais 4 correspondem à Unidade de Dor Torácica. A lotação máxima é de 16 doentes. O método de trabalho instituído para os enfermeiros deste setor é o individual, apesar de toda a equipa se entreatuar. Nesta área permanecem os doentes que carecem de vigilância e/ou tratamento de situações clínicas nas quais se prevê um período de até 24 horas (excecionalmente 48 horas) para a sua resolução ou deliberação quanto a internamento ou alta. Todavia, este tempo limite de permanência é frequentemente ultrapassado, por ausência de vagas nos serviços de internamento. Havendo um aspeto positivo neste tempo de permanência, na medida em que, permite avaliar melhor as intervenções de enfermagem a adaptá-las sempre que necessário. Esta área está munida com equipamento de monitorização de parâmetros vitais e afiança vigilância médica e de enfermagem de modo persistente e contínuo. A UDT recebe doentes provenientes da pré-Triagem ou Triagem e é acompanhado pelo médico responsável pelo internamento. Nesta unidade é possível avaliar o doente com queixas agudas, geralmente dor torácica. Tem um protocolo instituído, que está presentemente a sofrer alterações e, tem como objetivos a avaliação diagnóstica do doente com dor torácica, síncope ou dispneia súbita e o tratamento precoce do doente com síndrome coronário agudo, classificado como de alto risco de mortalidade e no tratamento e estratificação do doente classificado como baixo/moderado risco. Anteriormente nesta unidade quando necessário prosseguia-se o tratamento com fibrinolítico, situação que já não se observa, já que os doentes são imediatamente encaminhados com acompanhamento médico e de enfermagem, para o hospital mais próximo com unidade de hemodinâmica livre para realização imediata de cateterismo cardíaco.

Anexo II
Caraterização do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Caraterização do Instituto Nacional de Emergência Médica

Sempre que se aborda o tema emergência médica, é preponderante perceber como se planeia a emergência, quem são os seus intervenientes e o papel que desempenham no decorrer da ação ou situação.

Os objetivos primordiais dos profissionais que se propõe a laborar com o INEM são, usar todos os conhecimentos, recursos e meios ao seu alcance para tentar salvar uma vida, prestar auxílio com as diligências profissionais apropriadas, orientarem pessoas que se encontrem em risco de vida para a unidade hospitalar e de forma ajustada à resolução dos seus problemas.

O papel do INEM no território nacional consiste no acompanhamento e assistência dos sinistrados ou vítimas de doença súbita até à unidade de prestação de cuidados de saúde de forma adequada e eficaz. Para tal, age em parceria com outras instituições, inseridas no Sistema Integrado de Emergência Médica (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde) e coordenadas pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica. Para esse efeito, o INEM dispõe de vários meios, que são ativados de acordo com a situação em causa. Estes podem ser:

- ✓ **Ambulância Suporte Básico de Vida (SBV)**: destinadas à estabilização e transporte de doentes, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida, sendo que a equipa é constituída por dois Técnicos de Ambulância e Emergência – TAE – dos quais, pelo menos um terá que possuir conhecimentos para manobrar o DAE.
- ✓ **Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV)**: visa a garantia de cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível a equipa de suporte avançado de vida, nomeadamente em situações de paragem cardio-respiratória, a sua tripulação é constituída por um TAE e um enfermeiro.
- ✓ **Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)**: que se destina à intervenção pré-hospitalar no local do acidente, de forma rápida, tripulada por em enfermeiro e um médico.
- ✓ **Helicóptero**: que tem como objetivo o transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde, sendo igualmente tripuladas por um médico e um enfermeiro e dois pilotos das FAP (Forças Armadas Portuguesas).
- ✓ **Mota**: tem como objetivo ser um meio ágil e de fácil deslocação no trânsito citadino, permitindo a estabilização da vítima até à chegada dos restantes meios.

O primeiro passo para a ativação dos serviços de emergência é a chamada para a linha 112. Esta ligação recai numa central de emergência da PSP ou da GNR, que canalizam para o CODU do INEM as chamadas que dizem respeito à saúde.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Porto, Lisboa, Coimbra e Faro. Compete a estes centros, onde se encontram técnicos, médicos e uma psicóloga, atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O atendimento das chamadas é feito por operadores com formação específica, que fazem a triagem, aconselhamento e envio de meios de socorro (INEM, 2009).

Ao longo deste estágio tive oportunidade de realizar um turno no CODU, dois turnos em ambulâncias SBV, 15 turnos em ambulância SIV e 10 turnos em VMER, em vários locais da zona Norte: CODU Porto, ambulância SBV Base Porto2, SIV Gondomar e Ponte de Lima, VMER são João e Viana do Castelo. Optei por realizar em vários locais para conhecer diferentes realidades e formas de atuação.

Anexo III
Estudo de caso



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

Estudo de Caso

Aluna: Susana Martins

Porto, janeiro 2013



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA**

Estudo de Caso

Aluna: Susana Amélia Cruz Martins

Porto, janeiro 2013

Siglas e Abreviaturas

CA: Catéter Arterial

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CU: Catéter Urinário

CVC: Catéter Venoso Central

EEG: Electroencefalograma

FC: Frequência Cardíaca

SNG: Sonda Nasogástrica

SC: Subcutânea

TA: Tensão Arterial

SIMV: Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation

Índice

1. Introdução	7
2. Reflexão sobre a planificação dos cuidados	9
3. Estudo de caso	11
3.1. Avaliação inicial	11
3.2. Fisiopatologia _ aneurisma aórtico dissecante	12
3.3. Plano de cuidados	14
3.3.1. Fundamentação	17
3.4. Avaliação final	20
4. Conclusão	23
5. Bibliografia	25

1. Introdução

No âmbito do curso de pós-licenciatura em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica incluído no módulo de estágio em enfermagem médico-cirúrgica II, realizado na Unidade de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital São João, foi proposto a realização de um estudo de caso.

A escolha do doente foi um processo difícil, dado esta não ser a minha realidade de intervenção e pretender com este trabalho aumentar, de forma ampla, o meu conhecimento nesta área.

Foi pedida a colaboração, neste processo de escolha, à enfermeira tutora que se disponibilizou para tal.

Após essa escolha, e depois do primeiro contacto com a doente no serviço, foi elaborado e executado naquele turno o plano de cuidados de enfermagem.

Ao sentar-me para elaborar este trabalho organizei o meu raciocínio, afinal planear não deixa de ser pensar.

Sem deixar *de olhar* holisticamente para o doente (e família) reuni mais informação sobre a fisiopatologia. De seguida, e partindo da escassa recolha de dados que tinha, procedi à formulação do meu plano de cuidados, formulando diagnósticos, prescrevendo intervenções e planeando os resultados pretendidos, utilizando a linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE).

O presente trabalho esboça o meu esforço para uma mais e melhor enfermagem perante a **doente X** submetida a correção dissecção de aneurisma dissecante da aorta toraco-abdominal.

2. Reflexão sobre a planificação dos cuidados

O plano de cuidados é elaborado com vista à mudança do estilo de vida, à educação e à promoção da saúde, sem esquecer o conforto e o grau de dependência do doente nesta fase aguda. Embora possa parecer precoce é vital apostar, desde já, na reabilitação do doente e da família.

O processo de enfermagem é constituído por várias etapas, denominadas de formas diferentes, conforme os diferentes autores e as suas teorias. O processo de enfermagem é composto por cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação.

Segundo Horta, W. (1979), "o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano". O plano de cuidados de enfermagem constitui-se então num instrumento utilizado pelo enfermeiro para o auxiliar no cuidado ao doente, sendo uma das etapas do processo de enfermagem.

Collingwood citado por Phaneuf (2008) afirma que o plano de cuidados é um instrumento utilizado para auxiliar a individualização do cuidado do doente; descreve o cuidado que o doente deverá receber e como é que esse cuidado poderá ser executado da melhor maneira. Constitui um roteiro das ordens ou prescrições de enfermagem, e como tal só será utilizado mediante um planeamento. São inúmeras as vantagens de se aplicar o plano de cuidados na prática profissional, não só do ponto de vista do enfermeiro, mas principalmente do doente. Planear é tornar os cuidados de enfermagem personalizados, eficientes e eficazes.

Para a elaboração do plano de cuidados de enfermagem um dos fatores mais importantes é a garantia da individualidade do doente. O enfermeiro ao elaborar um plano de cuidados deve considerar que o paciente é uma pessoa única, com problemas distintos e necessidades específicas. Além destes aspetos, deve utilizar uma terminologia técnica, simples e de fácil compreensão. A utilização de uma linguagem universal – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - é então uma mais-valia.

O plano de cuidados deve ser atualizado diariamente mediante mudanças no quadro clínico do doente. O plano de cuidados pode então ser utilizado como uma forma de avaliação da assistência de enfermagem prestada ao doente, permitindo dessa forma, confrontar diariamente as prescrições de enfermagem com o registro dos procedimentos realizados.

O primeiro indício de que o plano de cuidados está a ser utilizado como guia orientador para a prestação dos cuidados é a leitura do mesmo por parte das pessoas responsáveis pelo cuidado ao doente. Esta leitura significa tomar conhecimento do que deverá ser realizado.

No entanto, na prática profissional, vários fatores como o quadro reduzido de pessoal, a sobrecarga de trabalho, a falta de preparação do pessoal para atender a necessidade do trabalho, a administração de recursos materiais, físicos e de comunicação, têm dificultado a elaboração, avaliação e atualização do plano de cuidados como atividade exclusiva do enfermeiro. Observa-se também que os enfermeiros na sua formação não têm recebido orientações suficientes para a utilização do processo de enfermagem ou apenas do plano de cuidados, como forma de sistematização do trabalho.

Na maioria das vezes, o processo de enfermagem e, em consequência, o plano de cuidados, tem sido desenvolvido integralmente apenas pelos alunos em formação, como atividade acadêmica, sem incorporação pelo serviço. E quando adotado pelo enfermeiro é feito de forma "mecanizada e repetitiva", não respeitando a individualidade do paciente.

Sendo o processo de enfermagem uma das formas de sistematizar a assistência, garantindo a organização do trabalho dentro do método científico, porque será que um grande número de enfermeiros ainda não o adota?

Um dos motivos que podem justificar esta situação parece estar relacionado, na sua maioria, a entraves e barreiras colocadas pelo próprio profissional. Embora devam ser considerados os entraves institucionais que também têm servido como barreiras para a sua total implementação. Aliado a esta situação observa-se que a atuação do profissional em relação à complexidade do cuidado demandado pelo doente varia de acordo com a realidade da instituição.

Acredita-se que a implementação do plano de cuidados de enfermagem é uma das atividades do enfermeiro, e como tal, corresponde àquele instrumento de trabalho que, uma vez implementado poderá garantir a autonomia do enfermeiro no desempenho profissional.

3. Estudo de caso

3.1. Avaliação inicial

O Plano de Cuidados foi realizado para o primeiro dia pós-operatório do doente, envolvendo a família que estava presente no meu primeiro contacto com este.

Doente do sexo feminino, de 53 anos de idade, independente nas atividades de vida diária, com antecedentes de obesidade, HTA (hipertensão arterial), hemorroidectomia (cirurgia por fistula anal), histerectomia por carcinoma *in situ* do colo uterino.

Admitida na Sala de Emergência a 18/01/2013 com dor cervical e mandibular, com posterior progressão para a região interescapular. Sem dor abdominal e/ou dispneia. Após avaliação e realização de exames foi diagnosticada dissecação crónica de aorta tipo A (De Stanford).

O eletrocardiograma não mostrava alterações, os valores de hemoglobina eram aceitáveis e o Angio TAC Torácico não revelou sinais de TEP (Tromboembolismo Pulmonar), revelou presença de derrame pericárdico, aneurisma dissecante da aorta torácica ascendente e descendente e dissecação do tipo A com hematoma adjacente, justificando cirurgia vascular emergente.

A doente foi intervencionada cirurgicamente para correção de aneurisma dissecante da aorta toraco-abdominal, através da ressecção de vasos e substituição da aorta.

O meu contacto com a doente deu-se no final do turno da tarde (18/01/2013), no pós-operatório imediato.

A doente encontrava-se sedada com propofol em perfusão contínua. Entubada orotraquealmente e ventilada em modo SIMV (ventilação mandatória intermitente sincronizada) e com FiO₂ (fração inspirada de oxigénio) de 60%. Em estado estuporoso, com 9 valores na Escala de Coma de Glasgow (resposta ocular = 3; resposta verbal = 1; resposta motora = 5). Com sonda nasogástrica em drenagem passiva, com saída de conteúdo aquo-biliar. Com catéter venoso central, catéter arterial e dois cateteres venosos periféricos. Algaliada. Com três drenos: dois deles pleurais e um mediastínico, com drenagem de conteúdo hemático e que foram colocados sob aspiração de baixa pressão. Ferida operatória no esterno, o penso encontrava-se, externamente, limpo e seco. Apresentava pele seca. Trazia antiarrítmico em perfusão (amiodarona) e glucose a 5% em soro fisiológico. Encontrava-se hipotérmica (35,4 °C)

A família acompanhava a doente (dois filhos e marido) e estes encontravam-se chorosos, ansiosos e tristes. Manifestando várias vezes desconforto e impotência para com a situação vivenciada.

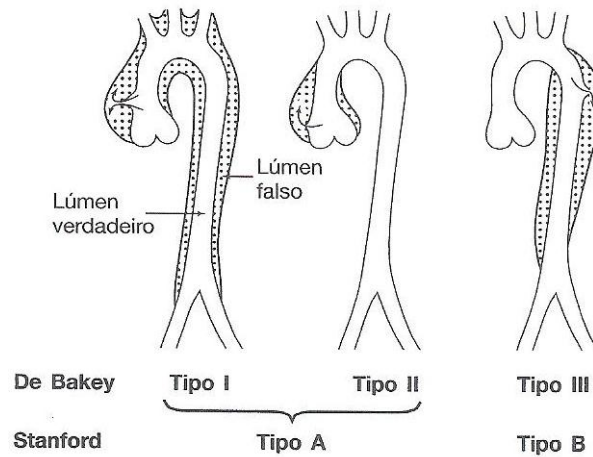
3.2. Fisiopatologia _ aneurisma aórtico dissecante

Aneurisma aórtico dissecante advém da penetração de sangue na parede da aorta, motivado por uma laceração na parede interna da camada aórtica ocorrendo a separação das camadas e a formação de um falso lúmen, de extensão variável, com possível formação de hematoma. A cada contração ventricular, o fluxo sanguíneo é empurrado para a camada medial conduzindo ao progressivo enfraquecimento da artéria aórtica que em última instancia provocar a rutura da mesma.

Os fatores mais comuns para este tipo de aneurisma aórtico são:

- Hipertensão.
- Arteriosclerose.
- Degeneração medial.
- Idade.
- Síndrome de Marfan.
- Aortite.
- Coartação da aorta.
- Trauma.
- Síndrome de Turner.
- Fatores iatrogénicos:
 - Procedimentos com cateter cardíaco do lado esquerdo do coração;
 - Balão intra-aórtico;
 - Canulação aórtica com bypass.

A classificação de um aneurisma aórtico torácico em dissecação comumente utilizada para descrever a localização da dissecação assenta-se no ponto de origem e extensão do envolvimento da aorta. Classificando-se em dois grupos, De Bakey e Stanford, em conformidade com a próxima ilustração.



Classificação de dissecação aórtica (Hatchett e Thompson, 2002, p. 332)

De Bakey

- Tipo I Envolvimento da aorta descendente e ascendente, pode estender-se a toda a aorta.
- Tipo II Laceração apenas da aorta ascendente.
- Tipo III Laceração abaixo da origem da artéria subclávia esquerda, aorta descendente apenas e com extensão para baixo (Hatchett e Thompson, 2002, p. 332)

Stanford

- Tipo A Envolvimento da aorta ascendente com ou sem extensão para a aorta descendente (De Bakey tipos I e II).
- Tipo B Envolvimento da aorta descendente sem envolvimento da aorta ascendente (De Bakey tipo III) (Hatchett e Thompson, 2002, p. 332)

Os sintomas exibidos pelos pacientes com aneurisma aórtico em dissecação podem ser diversos, tais como:

- Dor violenta nas costas e tórax (lacrimante, dilacerante, violenta).
- Síncope, Acidente Vascular Cerebral, coma.
- Náusea, vômitos.
- Dor lombar.

- Hematúria.
- Parestesia.
- Paraplegia.
- Frieza nos membros.
- Pulsos periféricos reduzidos/ausentes.
- Pressão sanguínea desigual.
- Hipertensão/hipotensão.
- Dispneia – insuficiência ventricular esquerda, tamponagem cardíaca.
- Taquicardia.

O historial clínico do doente e o registo minucioso de sinais e sintomas são de suma importância para determinar o diagnóstico a concretizar. Particularmente se foi administrado ao paciente um agente trombolítico com o risco acrescido de sangramento e quando a intervenção cirúrgica não é aconselhada.

3.3. Plano de cuidados

Inerente ao plano de cuidados existem atividades diagnósticas importantes que devo realizar e manter de modo contínuo para a melhoria dos meus cuidados. Neste caso, em concreto, sugiro as seguintes atividades de diagnóstico.

Atividades de Diagnóstico
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigiar estado de consciência; 2. Vigiar tensão arterial; 3. Vigiar frequência cardíaca; 4. Observar sinais e sintomas da diminuição da perfusão tecidual periférica; 5. Vigiar traçado de EEG; 6. Vigiar respiração; 7. Vigiar saturação de oxigénio por oximetria de pulso; 8. Vigiar perda sanguíneas; 9. Monitorizar a temperatura corporal; 10. Vigiar a pele; 11. Monitorizar o risco de úlcera de pressão (escala de Braden); 12. Vigiar a dor; 13. Vigiar a eliminação intestinal; 14. Vigiar a eliminação urinária; 15. Vigiar sinais de infeção;

Apresento, de seguida, o plano de cuidados para o doente (e família) já descrito de dia 18/01/2013.

Plano de Cuidados para a doente			
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados	Resultados obtidos
1. Limpeza ineficaz das vias aéreas	Posicionar em semi-Fowler ou Fowler-elevado; Vigiar a respiração e adaptação ao ventilador; Aspirar secreções; Vigiar características das secreções.	Ventilação adequada	A doente permaneceu adaptada ao ventilador; Foram aspiradas secreções mucosas, em pouca quantidade, uma vez por turno.
2. Hipotensão	Vigiar tensão arterial; Vigiar frequência cardíaca; Comunicar hipotensão, se esta for acentuada, ao médico; Vigiar perdas de sangue.	Detetar precocemente hipotensão acentuada	A doente apresentou TA = 100/60 mmHg; Sem necessidade de comunicar ao médico.
3. Risco de arritmia	Vigiar tensão arterial; Vigiar frequência cardíaca; Comunicar arritmia ao médico.	Prevenir arritmia e tratar arritmia caso esta surja	Sem alterações do traçado eletrocardiográfico (em ritmo sinusoidal, durante todo o turno).
4. Risco de hemorragia	Vigiar tensão arterial; Vigiar frequência cardíaca; Vigiar perdas de sangue; Vigiar o penso da ferida operatória; Vigiar a drenagem e as características da drenagem dos drenos; Informar o médico caso a drenagem dos drenos aumente.	Prevenir hemorragia e tratar precocemente a hemorragia caso ela surja	Sem perdas hemáticas visíveis.
5. Hipotermia	Monitorizar a temperatura corporal; Providenciar material de aquecimento: cobertor de lã e lençol de algodão (método passivo de aquecimento cutâneo); Providenciar material de aquecimento mecânico (método ativo de aquecimento cutâneo).	Temperatura adequada	A temperatura subiu para os 35,8 °C.
6. Pele seca	Vigiar a pele e mucosas; Aplicar e massajar a pele com creme hidratante; Hidratar o doente pela sonda nasogástrica (SNG).	Pele hidratada	Mantem pele seca; Continuar cuidados.
7. Risco de úlcera de pressão	Vigiar a pele e mucosas; Aplicar e massajar a pele com creme hidratante; Providenciar colchão; Posicionar o doente, alternando decúbitos de 3 em 3 horas.	Prevenção de aparecimento de zonas de úlceras de pressão	A doente não apresenta zonas/úlceras de pressão.
8. Ferida cirúrgica na região do esterno	Vigiar a ferida operatória; Realizar tratamento à ferida operatória (limpeza com soro fisiológico e desinfeção com iodopovidona dérmica); Informar o médico caso haja alguma anormalidade no processo de cicatrização da ferida operatória.	Cicatrização da ferida	Ferida cirúrgica com boa evolução cicatricial; Penso fica limpo e seco.

Plano de Cuidados para a doente (continuação)			
Diagnósticos de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Resultados Obtidos
9. Dor	Vigiar fácies de dor; Gerir analgesia prescrita em SOS; Comunicar e explicar a situação e todos os procedimentos realizados ao doente; Segurar a mão do doente.	Alívio da dor	Por fácies de dor foi administrada morfina (SC) que surtiu efeito.
10. Estupor	Comunicar e explicar a situação e todos os procedimentos realizados ao doente; Segurar a mão do doente; Vigiar estado de consciência; Monitorizar estado de consciência segundo a escala (Coma de Glasgow); Orientar o doente no tempo e no espaço; Gerir ambiente.	Recuperar o estado de consciência	Doente contínua em estupor; Manter atitudes.
11. Suscetibilidade à infeção	Monitorizar a temperatura corporal; Vigiar sinais de infeção; Otimizar cateter venoso central (CVC); Otimizar cateter arterial (CA); Otimizar cateter venoso periférico (CVP); Otimizar SNG; Otimizar CU (catéter urinário).	Prevenir infeção	Sem sinais de infeções; Manter cuidados.
12. Risco de aspiração	Posicionar em semi-Fowler ou Fowler-elevado; Vigiar a respiração e adaptação ao ventilador; Colocar a SNG em drenagem (em caso de vómito presente); Posicionar a cabeça do doente numa posição lateral; Vigiar sinais de aspiração; Colocar a SNG em drenagem (em caso de aspiração presente).	Prevenir a aspiração e tratar precocemente, se surgir	Doente sem episódio de aspiração/vómito.
13. Auto-controlo continência urinária comprometida	Otimizar CU; Monitorizar o débito urinário; Vigiar a eliminação urinária.	Autonomia no controle urinário	Manter atitudes; Sem evolução no diagnóstico de enfermagem.
14. Auto-controlo continência fecal comprometida	Vigiar eliminação intestinal; Registar a eliminação intestinal.	Autonomia no controle fecal	Manter atitudes; Sem evolução no diagnóstico de enfermagem.

Plano de Cuidados para a Família			
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados	Resultados Obtidos
1. Ansiedade	Gerir ambiente físico_ aplicável a todos os diagnósticos exceto ao diagnóstico 6; Promover a comunicação; Explicar as causas do estado do doente devido à sua doença; Esclarecer dúvidas; Permitir a expressão de emoções e sentimentos; Auxiliar a pessoa/família a identificar estratégias que facilitem a adaptação ao estado de doença; Monitorizar nível de ansiedade (moderado) _ apenas aplicável ao diagnóstico 1; Proporcionar tranquilidade e conforto, permanecendo com a pessoa/família sempre que possível; Promover escuta ativa; Explicar os efeitos do conflito e do stresse no processo de doença _ apenas aplicável aos diagnósticos 5 e 6.	Diminuir a ansiedade	A Família manifesta verbalmente que vai para cada vez mais descontraída, confiante, esperançosa; Com menos tensão, ansiedade e medo.
2. Medo		Diminuir o medo	
3. Tristeza		Diminuir a tristeza	
4. Esperança		Aumentar a esperança	
5. Sentimento de impotência		Diminuir o sentimento de impotência	
6. Aceitação do estado de saúde (do familiar) ineficaz		A família aceita o estado de saúde do doente	

3.3.1. Fundamentação

No pós-operatório imediato é fulcral uma avaliação completa de todos os sistemas para determinar o estado do doente e as alterações decorrentes da cirurgia.

É então crucial avaliar o estado neurológico, nomeadamente a resposta do doente a estímulos, o tamanho e a reação da pupila à luz, os reflexos e o movimento dos membros superiores e inferiores.

O estado cardíaco é também foco da nossa atenção. A frequência e ritmo cardíaco, a pressão arterial, a pressão venosa central (PVC), o traçado do ECG e as drenagens torácicas devem ser monitorizadas continuamente. O estado vascular periférico deve também ser avaliado, pesquisando a presença de pulsos periféricos, coloração da pele, leitos ungueais, mucosas, lábios e lóbulo da orelha. É também importante avaliar a temperatura cutânea e a presença de edemas.

O estado respiratório deve fazer parte também da nossa avaliação, devendo focar o movimento do tórax, os parâmetros e a adaptação ao ventilador, a frequência respiratória e a saturação de oxigénio percutânea.

O enfermeiro deve estar também alerta e observar todo o equipamento e drenos para determinar se estes estão a funcionar de forma adequada. Dando especial atenção ao tubo endotraqueal, ventilador, monitor ou sensor de O₂, linha arterial, aparelhos e equipamentos de perfusões intravenosas e drenos torácicos.

À medida que o doente recupera a consciência e progride no seu estado clínico, a enfermeira deve estar atenta ao estado psicológico e emocional deste.

As necessidades da família devem também ser avaliadas, o enfermeiro deve verificar como é que os elementos da família estão a lidar com a situação, quais são as suas preocupações, necessidades psicológicas, emocionais e espirituais. É também sua função perceber se a família está a receber a informação adequada sobre a condição do doente.

Dado que o doente se encontra conectado a um ventilador, é fundamental que este mantenha uma troca gasosa adequada, a doente encontra-se sedada, portanto incapaz de manter uma limpeza eficaz das vias aéreas. Nesse sentido é crucial que o enfermeiro vigie a via aérea de modo a manter esta permeável, posicione o tubo endotraqueal corretamente (TET), vigie a respiração e adaptação do doente ao ventilador, esteja atento a alterações da tonalidade das mucosas e do leito ungueal e sobretudo detete precocemente a presença de secreções e as aspire, usando técnica asséptica. A estase de secreções pode levar à hipoxia e possível paragem cardíaca e também infeções do foro respiratório.

Dada a hipovolémia, causa mais comum do débito cardíaco diminuído após a cirurgia cardíaca, o doente encontra-se hipotenso (78/45mmHg), o enfermeiro deve vigiar a tensão arterial (TA) e a frequência cardíaca (Fc) e comunicar a hipotensão acentuada ao médico, de modo a que este possa decidir o tratamento a incutir. As alterações da Fc (taquicardias, bradicardias e arritmias) são também uma ocorrência frequente nos doentes do foro cardíaco. O enfermeiro deve manter as atividades de vigilância já citadas e caso detete uma arritmia, deve comunicar ao médico imediatamente, de modo a que os dois, intervenham com rapidez e eficiência no sentido de promover um ritmo cardíaco normal e adequado ao doente.

A hemorragia é também um dos riscos corridos pelo nosso doente. O sangramento indesejado e excessivo, pode ser um fator de risco de vida para o doente. O enfermeiro deve vigiar as perdas de sangue do doente, vigiar o penso da ferida operatória, monitorizar a drenagem dos drenos e vigiar as características dessas drenagens de modo a detetar precocemente possíveis complicações. Deve também ter em atenção os sinais vitais do doente, dando conhecimento ao médico caso estes se alterem ou se a drenagem do dreno torácico for superior a 200ml por hora (Smeltzer e Bare, 2002).

A doente encontra-se hipotérmica (35,4 °C), é função do enfermeiro monitorizar a temperatura corporal do doente e providenciar o aquecimento gradual e cauteloso deste até uma temperatura adequada. Todavia esta hipotermia poderá ser breve, dada a suscetibilidade à infeção deste doente estar aumentada. O enfermeiro deve vigiar o aparecimento de sinais de infeção e otimizar os drenos, CVC (catéter venoso central), catéter arterial, catéter venoso periférico, catéter urinário e sonda nasogástrica, de modo a prevenir/diminuir o risco de infeção. Estes dispositivos invasivos devem ser removidos o mais precocemente possível, á medida que o doente recupere.

O risco de úlcera de pressão (UP) (escala de Braden) é também foco da prática do enfermeiro, devendo este vigiar a pele e posicionar o doente devidamente, alternando decúbitos de (3 em 3 horas). Um colchão apropriado dever ser providenciado assim como uma nutrição adequada. Agravando o risco de UP está a pele seca que esta apresenta. Neste sentido é crucial melhorar o estado da pele do doente. O enfermeiro deve hidratar e massajar a pele com creme hidratante e não esquecer de hidratar o doente pela SNG, se adequado (administrando água).

A doente apresenta uma ferida cirúrgica (no esterno), diariamente o enfermeiro deve vigiar o penso da ferida cirúrgica, caso este esteja repassado deve ser realizado o tratamento á ferida cirúrgica (limpeza com soro fisiológico e desinfeção com iodopovidona dérmica). As características da ferida devem ser devidamente referenciadas no plano de cuidados de enfermagem e qualquer alteração no processo de cicatrização deve ser comunicado ao cirurgião. O material de sutura deve ser removido no momento adequado (12 dias), se a condição da ferida assim o permitir.

Dado o estado estuporoso em que a doente se apresenta, vigiar o estado de consciência é fundamental na prática de enfermagem. No início de cada abordagem ao doente o enfermeiro deve monitorizar o estado de consciência segundo a escala de coma de glasgow, deve também explicar todas as suas práticas ao doente, tentando orientar o doente no tempo/espaço. A gestão do ambiente físico é também da responsabilidade do enfermeiro, prevenindo assim outros riscos resultantes do estado de consciência alterado do doente.

A dor é também foco da prática de enfermagem, neste tipo de doente a expressão facial e o aumento dos sinais vitais (TA e Fc) podem ser sinónimo da presença deste foco de atenção. É importante manter uma vigilância apertada nestes domínios de modo a fazer uma rigorosa gestão da analgesia prescrita em SOS.

A ingestão nutricional está comprometida neste doente, constituindo por isso intervenções de enfermagem a colocação da sonda nasogástrica, a sua otimização e a alimentação do doente pela sonda nasogástrica; associado á alimentação do doente encontramos o risco de vómito e o risco

de aspiração. É função do enfermeiro estar desperto para estas situações, vigiando a presença de vômito ou aspiração. Caso tal se verifique a sonda nasogástrica deve ser colocada em drenagem e alertado o médico, a cabeça do doente deve estar sempre lateralizada afim de prevenir a aspiração de vômito.

Dada a sedação continua e o estado estuporoso que o doente apresenta, o se auto-controle: incontinência urinária está comprometido devendo por isso o enfermeiro inserir e otimizar catéter urinário. É também importante monitorizar e vigiar a eliminação urinária. estes dados são fundamentais para calcular o balanço hídrico do doente.

Apesar da gravidade da situação da doente, a família não pode ser esquecida. Na primeira abordagem à família, que acompanha a doente, deparo-me com um quadro de choro e desespero. Enquanto enfermeira e sem me descentralizar da doente, é meu dever apoiar e consolar a sua família, afinal são eles que a curto prazo vão assumir o papel de prestadores de cuidados da doente. É então objetivo do enfermeiro tranquilizar a família de modo a reduzir a sua angústia antes de abandonarem o hospital.

O Enfermeiro pretende reduzir a apreensão, o receio e o desconforto perante a situação de doença do familiar. Deve estabelecer com a família uma relação empática assente na confiança e na verdade. Deve usar uma abordagem clara e segura, num ambiente tranquilo e adequado. É também sua função promover a comunicação e explicar toda a situação do doente, esclarecendo e ouvindo atentamente todas as dúvidas, receios e inquietações.

O enfermeiro deve ser facilitador no processo de desenvolvimento de um comportamento positivo perante a situação. Devendo por isso ajudar a família a identificar razões de esperança na vida, apelando à espiritualidade, se adequado.

Devem ser enfatizadas lembranças, apreciações e conquistas de experiências passadas, facilitando assim a aceitação do estado de saúde do familiar e a promoção da esperança. É este o ser e continuar a ser enfermeiro, doente e família numa unidade intensiva de cirurgia cardio-torácica.

3.4. Avaliação final

Doente sem melhoras significativas, encontra-se vigil e com resposta a ordens simples. apresenta fácies de dor, tendo sido administrado paracetamol, conforme prescrição em SOS. Mantém-se conectada ao ventilador em modo SIMV, sem movimentos respiratórios espontâneos, necessita de ser aspirada mecanicamente (secreções mucosas em moderada quantidade). Sem ocorrência de vômito e/ou aspiração de vômito.

Mantém hipotensão, embora com médias aumentadas (TA= 100/60mmg) e Fc de 70bpm compulso regular. Sem registo de arritmias e sem perdas hemáticas visíveis. Hipotérmica, tendo sido colocada, manta de aquecimento mecânica, com sucesso; fica com 35,8°C.

Mantém SNG dado estado de consciência da doente (sem autonomia para se alimentar), tendo sido alimentada e hidratada pela mesma.

Sonda vesical com saída de urina clara e sem sedimento, e tem urinado uma média de 100ml/h.

Integridade cutânea preservada, embora apresente a pele seca. Foi aplicado creme hidratante e posicionada de 4 em 4 horas e não apresenta lesões de pressão.

Não apresenta sinais de infeção no local de inserção do CVC, catéter arterial e dos drenos (mediastínico e pleurais).

O penso da ferida cirurgica do esterno repassou (no 1/3médio inferior) de conteúdo hemático, tendo sido realizado tratamento conforme descrito no plano de cuidados. A ferida operatória apresenta boa evolução cicatricial.

Os drenos (pleurais e mediastínico) apresentam drenagens adequadas (50 ml) de conteúdo hemático.

4. Conclusão

O facto de a doente ter chegado à Unidade no final do turno, e curto espaço de tempo para a prestação de cuidados à mesma, assumindo que foi apenas neste turno, foi limitante para a prestação de cuidados e dificultou a realização das atividades de enfermagem idealizadas.

Todavia, enquanto futura enfermeira especialista compreendi que a família deve contemplar o meu foco de atenção, sem me descentralizar do cuidado ao doente. E ainda que o enfermeiro especialista deve possuir competência para aumentar a dinâmica familiar.

Olhar a família na prática assistencial pode, para alguns autores, ser predicado apenas de algumas estruturas de assistência; contudo, se pensarmos que cada pessoa é parte integrante da família e que esta contribui em grande parte para os seus hábitos, estilos de vida, comportamentos, respostas de continuidade em saúde e até para o seu bem-estar, aproximamo-nos da intervenção no sistema familiar e encontramos razões de suficientes para entendermos que um profissional do meio hospitalar tem que intervir nas famílias, mas também tem que ser titular de conhecimento específico para o fazer.

Num olhar sobre a assistência nos Serviços de Saúde, onde todos os profissionais intervêm na família, mesmo quando negam ou se refugiam em regras para não o fazer. Por vezes, fazem-no sem intenção ou por falta de conhecimento das implicações das suas atitudes na assistência às pessoas e às famílias.

A atenção à família é importante no ambiente de cuidados intensivos, na medida em que, os familiares lidam de muito perto com a possibilidade de morte do doente, o que gera grande sofrimento. Até mesmo pequenas alterações no estado do doente podem provocar oscilações entre esperança e desesperança nos sentimentos dos familiares. E ainda, porque estes doentes estão na maior parte das vezes impedidos de comunicar e tomar decisões, requerendo um familiar para tomar decisões e responder por ele.

Conciliar trabalho com cuidado, que são complementares, é o grande desafio. As pessoas vivem escravizadas pelas estruturas de trabalho produtivo, despersonalizado e submetidos à lógica da máquina. É urgente resgatar o cuidado e esse resgate só poderá se dar por meio de uma forma diferente de entender e realizar o trabalho (Boff, 1999).

Cuidar é “um processo cuja meta não é a cura e sim uma ação, que além de procedimentos técnicos

e conhecimentos, engloba atitudes e comportamentos” (Waldow, 2004, p. 12), que “visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer” (waldow, 1998, p. 129).

Há algum tempo enfermagem, não cuidava, mas realizava ações e procedimentos e centrava a sua prática na execução de tarefas, sem envolvimento do ser cuidado/família. Assim sendo, entende-se que o trabalho do enfermeiro depende tanto da qualidade técnica como da qualidade relacional.

O apelo à humanização da assistência hospitalar favoreceu o desenvolvimento de uma prática de cuidados em sentido integral. O cuidado à família avançou, especialmente na forma de acolher a família nas unidades de cuidados intensivos. Arrogando que o doente é parte integrante de uma família e que o foco de atenção deve ser o doente/família, neste tipo de unidades deve ser usado o momento das visitas, ainda que curto, para conversar com a família, identificando os seus momentos críticos e fornecer apoio, informação e segurança, pois mesmo os encontros rápidos podem traduzir-se numa mais-valia.

5. Bibliografia

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- HATCHET R.; THOMPSON D. (2002). Enfermagem Cardíaca – Um Guia Polivalente. Lusociência, Loures.
- HORTA, W. de A. (1979). Processo de enfermagem. EPU, São Paulo.
- PHANEUF, M. (2008). Planificação de Cuidados – um sistema integrado. Quarteto, Lisboa.
- SMELTZER S.; BARE B. (2002). Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara koogan, SA Editora. Rio de Janeiro.

Anexo IV
Mass training



CERTIFICADO DE FORMADOR

O CPR – Conselho Português de Ressuscitação, com sede na Rua Sá da Bandeira 819 - 1º esq. 4000-438 Porto, e com o NIF 504 020 420, CERTIFICA que:

SUSANA AMÉLIA DA CRUZ MARTINS

Esteve presente no dia 4 de Junho de 2012, nos Paços do Município de Vila Real, onde participou ativamente, com rigor, dedicação e motivação **COMO FORMADORA** em duas formações de Suporte Básico de Vida ministrada por instrutores CPR, INEM e CVP e de acordo com as normas de boa prática do CPR – Conselho Português de Ressuscitação / ERC European Resuscitation Council cuja designação é:

IV MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 11H00 ÀS 12H30

V MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 15H00 ÀS 16H30

Porto, 4 de Junho de 2012



CPR | Conselho Português de Ressuscitação
Rua de Sá da Bandeira nº 819-1º Esqº
4000-438 Porto
Cont. Nº 504020420
Dr. Miguel Félix
Presidente da Direcção do CPR



Anexo V

Registo de ativações do Instituto Nacional de Emergência Médica INEM

Ativações Estágio pré-Hospitalar_INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
SBV Porto 2 1/5/12 (M)	F	12 anos	Trauma (acidente de viação)	—	Cefaleias, dor lombar	Protocolo de trauma Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte para hospital	
	M	Adulto	Agudização de doença crónica (hipoglicemia)	diabético	Síncope, hipoglicemia	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Recusou transporte hospitalar	Incumprimento do regime alimentar
SBV Porto 2 2/5/12 (M)	F	Adulto	Trauma (acidente de viação)	—	Cefaleias, sonolência, gravidez de 30 semanas	Protocolo de trauma Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	
	M	Adulto	Doença súbita (ideação suicida)	??	Discurso incoerente, ansiedade	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	Provável patologia psiquiátrica
	M	Idoso	Doença súbita (dor abdominal)	DM	Dor abdominal	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	Ausência de trânsito intestinal
VMER São João 4/5/12 (T)	F	Idosa (92anos)	Doença súbita (PCR)	Patologia cardíaca	PCR (assistolia) em SBV há 30 minutos iniciado pelos bombeiros (encontrada caída)	Assistolia não revertida Procedimentos médico-legais	
	M	idoso	Doença súbita (hipoglicemia)	??	Hipoglicemia, hipotensão, reactividade apenas à estimulação vigorosa	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Administrada glicose e volume IV Transporte hospitalar	Falta de encaminhamento (vive com esposa idosa) e incumprimento do regime alimentar

A

Ativações Estágio pré-Hospitalar_ INEM (Maio/Junho de 2012)

	F	adulto	Doença súbita (síncope)	HTA	Síncope	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Recusou transporte hospitalar							
SIV Gondomar 7/5/12 (M)	F	adulto	Agudização de doença crónica (crise convulsiva)	epilepsia	Crise conversiva (presenciada pelo médico de família durante a consulta em gabinete e administraram diazepam rectal)	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar							Incumprimento do regime terapêutico
	F	97 anos	Doença súbita (perda de consciência)	Doença renal??	Síncope: Hipotensão, bradicardia, reactividade apenas a estímulos dolorosos e com perda de consciência)	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Administrado volume IV Transporte hospitalar							
	M	adulto	Doença súbita (perda de consciência)	—	Síncope não presenciada	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Recusou transporte hospitalar							
	M	adulto	Trauma (queda de veículo pesado)	—	Queda de veículo pesado com embate da cabeça no passeio da via pública	Protocolo de Trauma Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar							
SIV Gondomar 9/5/12 (T)	F	idosa	Agudização de doença crónica (dor torácica)	Patologia cardíaca (FA), HTA	Dor torácica presenciada pelo médico de família, durante consulta em gabinete médico e medicada	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Transporte hospitalar							

B

Ativações Estágio pré-Hospitalar_INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
SIV Ponte Lima 11/5/12 (M/T)	F	27anos	Agudização de doença crónica (crise convulsiva)	epilepsia	Estado de mal convulsivo agressividade	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	Incumprimento do regime terapêutico Falta de recursos socioeconómicos
VMER Viana do Castelo 16/5/12 (M/T)	F	3anos	Trauma (queda domiciliar de varanda)	—	Choro medo	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	
	F	idosa	Agudização de doença crónica (dispneia)	Problemas respiratórios	Dispneia Ansiedade HTA	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Realizada nebulização Encaminhamento de transporte hospitalar	Agravamento da função respiratória
VMER São João 17/5/12 (M)	F	idosa	Doença súbita (hipoglicemia)	??	Hipoglicemia agressividade	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Administração de glicose IV Encaminhamento de transporte hospitalar	Incumprimento do regime alimentar
	M	idoso	Doença súbita (dispneia)	???	Não reactividade à estimulação, respiração ruidosa, descontrolo de esfínteres, tendo evoluído para PCR após chegada dos meios	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 SAV (tendo recuperado sinais vitais) Transporte hospitalar	

C

Ativações Estágio pré-Hospitalar_INEM (Maio/Junho de 2012)

SIV Ponte Lima 21/5/12(M/T)	M	adulto	Doença súbita (dor torácica)	AIT	Dor torácica, diminuição da força no MSD e parestesias nos membros	<p>Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Encaminhamento de transporte hospitalar Activação da <u>Via Verde de AVC</u>, sem acompanhamento por necessidade de presença da VMER para assistir situação de PCR</p>	
	M	43	Trauma (acidente de viação)	???	PCR (assistolia)	<p>Avaliação sinais vitais Detectado enfisema subcutâneo torácico e cervical SAV (assistolia não revertida) Procedimentos médico-legais</p>	
SIV Ponte Lima 21/5/12(M/T)	F	66	Doença súbita (dispneia)	—	Dispneia, FA com RVR	<p>Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Administração de Amiodarona e analgesia IV Realizada nebulização Transporte hospitalar</p>	
	F	Idosa	Doença súbita (dispneia)	HTA, Dislipidemia	Dispneia	<p>Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Realizada nebulização Transporte hospitalar</p>	

D

Atividades Estágio pré-Hospitalar_ INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
VMER são João 23/5/12 (M)	M	Idoso	Agudização de doença crónica (dispneia)	Acamado, patologia respiratória	Dispneia, respiração ruidosa	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Realizada nebulização Transporte hospitalar	
	M	Adulto	Agudização de doença crónica (dispneia)	Neo pulmão (fase terminal)	Dispneia	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Oxigenioterapia Transporte sem acompanhamento	
	M	Adulto	Agudização de doença crónica (dispneia)	Patologia cardíaca, DM, CDI, amputação pé esquerdo	Dor torácica	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Transporte sem acompanhamento	
VMER São João 24/5/12 (M)	F	adulto	Agudização de doença crónica (hemorragia)	Insuficiência venosa membros inferiores	Hemorragia controlada de variz no membro inferior esquerdo	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte sem acompanhamento	
	M	adulto	Doença súbita (dor torácica)	AVC, hábitos tabágicos	Dor torácica, diminuição da força nos membros superiores	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar ECG 12 Administração de analgesia IV Transporte hospitalar	
	M	69	Doença súbita (dor torácica)	—	Dor torácica, sudorese, palidez, ansiedade	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte sem acompanhamento	
	F	idosa	Doença súbita (dor torácica)	???	Dor torácica	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte sem acompanhamento	

E

Ativações Estágio pré-Hospitalar_INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
VMER Viana Castelo 26/5/12 (M/T)	M	idoso	Doença súbita (perda de consciência)	AVC, acamado, DPOC	Perda de consciência, diminuição da força	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar Transporte sem acompanhamento	
	F	idosa	Doença súbita (dor torácica)	Acamada, patologia osteoarticular, FA	Dor torácica, dispneia, FA	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar ECG 12 Administração de adenosina e analgesia IV Transporte hospitalar	
VMER São João 29/5/12 (M)	M	74 anos	Agudização de doença crónica (hipoglicémia)	Diabético	Inconsciente em PCR	Assistolia SAV (não revertida) Procedimentos médico-legais	
	F	23 anos	Doença súbita (choque anafiláctico)	_____	Consciente e orientada Edema periorbital Discreta dispneia	Avaliados sinais vitais, pesquisa glicémia capilar, administração de corticóide, nebulização Transporte hospitalar	
	M	80 anos	Doença súbita	FA hipocoagulado	Hipotenso Sudorético Palidez cutânea	Avaliados sinais vitais, pesquisa glicémia capilar, administrado volume Transporte hospitalar	
SIV Ponte Lima 31/05/12 (M/T)	M	40 anos	Doença súbita (dor torácica)	_____	Ansioso, dor torácica	Avaliados sinais vitais, pesquisa glicémia capilar Administração de diazepam Transporte sem acompanhamento	ansiedade
	F	Idosa	Agudização de doença crónica (síncope)	Patologia cardíaca	Á chegada ao local consciente, orientada e com sinais vitais estáveis	Avaliação de sinais vitais Pesquisa de glicémia capilar Recusou transporte hospitalar	Problemas socioeconómicos

F

Ativações Estágio pré-Hospitalar_INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
Ensino de SBV e ativação do INEM (112) a crianças e adultos							
MASS TRAINING (Vila Real) 04/6/12 (M/T)	F	Adulta (50 anos)	Doença súbita (Inconsciente)	HTA Depressão zona	Á chegada reactiva a estímulos verbais	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar Transportada ao hospital	Ansiedade
	F	23 anos	Doença súbita (hemorragia vaginal activa)	_____	Hipotensão Palidez Vómito Hemorragia vaginal activa pós aborto espontâneo no dia anterior (assistida por urgência de obstetrícia)	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar Administrado volume IV Transporte hospitalar	
VMER São João 6/6/12 (M)	M	Adulto (43 anos)	Trauma (queda 2 metros altura)	_____	Inconsciente Hemorragias activas na cabeça hipotensão	Protocolo de trauma Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar Administrado volume, analgesia e oxigenioterapia Transporte hospitalar	
	F	70 anos	Doença súbita (dispneia)	pacemaker	Ansiosa	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicémia capilar Transporte sem acompanhamento	Ansiedade

G

Ativações Estágio pré-Hospitalar_ INEM (Maio/Junho de 2012)

Meio/data	Género	Idade	Causa da activação	Antecedentes	Problemas detectados	Actuação	Possíveis causas
SIV Gondomar 8/6/12 (M/T)	F	Adulta	Doença súbita (sincope)	ausentes	Á chegada ao local consciente, orientada e com sinais vitais estáveis	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Recusou transporte hospitalar	Dificuldades económicas
	M	Idoso	Agudização de doença crónica (Hemorragia)	hipocoagulado	Hemorragia controlada	Avaliação de sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Hipotensão Colocação de acesso venoso e administração de volume Transporte hospitalar	
	F	Idosa	Agudização de doença crónica (dor torácica)	Semi-dependente Patologia cardíaca(FA)	Dor retroesternal direita Transportada ao hospital	ECG 12 Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	
CODU							
Observação da dinâmica, escuta de triagem de chamadas e observação de activação de meios diferenciados							
SIV Gondomar 14/6/12 (T)	F	Adulta (58 anos)	Agudização de doença crónica (sincope)	HTA Patologia Cardíaca	Cefaleias, HTA	Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Ensinos de adesão ao regime terapêutico Recusou transporte hospitalar	Não adesão ao regime terapêutico
SIV Gondomar 18/06/12	M	Idoso 72 anos	Doença súbita (estabilização hemodinâmica por ECG com alterações)	Dislipidemia, HTA, patologia prostática	Doente assintomático (Com alterações no ECG realizado na clínica de cardiologia_exame de rotina)	ECG 12 Avaliação sinais vitais Pesquisa glicemia capilar Transporte hospitalar	

H

Anexo VI

**Formação em serviço no Módulo I – SU_“Pensar a morte nos cuidados de saúde:
atitudes do cuidar no doente em agonia, em contexto de urgência”**



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia, em contexto de urgência

Aluna: Susana Martins

Porto, novembro 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia, em contexto de urgência

Aluna: Susana Martins

Porto, novembro 2012

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”*

Antoine de Saint-Exupery

Índice

1. Introdução	3
2. Morte, parte do processo de vida.....	5
3. O enfermeiro e a vivência da terminalidade	9
4. Conduta do enfermeiro no cenário de morte de um paciente	11
5. Cuidados Paliativos	13
6. Cuidados ao doente em Agonia	17
7. Considerações Finais	23
8. Referências Bibliográficas.....	25
9. Anexos.....	27
Anexo 1_Plano da ação de formação.....	29
Anexo 2_Panfleto de divulgação da ação de formação.....	33
Anexo 3_Apresentação em power point da ação de formação.....	37
Anexo 4_Questionário de avaliação da ação de formação.....	49
Anexo 5_Avaliação da ação de formação.....	53

1. Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica incluído no módulo I de Estágio, visando aprofundar conhecimentos na área dos cuidados paliativos, concretamente nos últimos momentos da fase de vida do paciente em processo de morte. O tema abordado, **Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes do cuidar no doente em agonia**, pretende apoiar os as equipas de enfermagem que contactam com pacientes em fim de vida, de forma a lidar e aceitar esta fase que antecede a morte, a proporcionar tratamentos em conformidade com a etapa de processo de morte em que o doente se encontra, assim como, a diagnosticar necessidades espirituais/emocionais do doente e família. E procura dar uma perspetiva genérica do sentido da morte humana e das várias conceções de morte; abordar a perspetiva do enfermeiro perante a irreversibilidade da morte; abordar a conduta do enfermeiro perante o cenário de morte de um paciente; definir o conceito de cuidados paliativos, a sua abrangência e focar os princípios que os pautam; clarificar conceitos: doente terminal e doente agónico; reconhecer os sinais de agonia; abordar as atitudes do cuidar no doente em agonia, que devem nortear o trabalho de conjunto e articulação de toda a equipa multidisciplinar perante a irreversibilidade da morte.

A elaboração deste trabalho tornou-se pertinente, na medida em que, se tem verificado um gradual aumento do número de doentes em cuidados paliativos a recorrer aos serviços de urgência das unidades hospitalares, por situações agudas inerentes ao estadio avançado da doença. Muitas das quais são previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar. No entanto, devido há ainda atual imperfeita abrangência dos cuidados paliativos em contexto domiciliário, torna-se imperativa a humanização dos cuidados prestados na fase terminal da vida do paciente. Pelo que os enfermeiros dos serviços de urgência devem estar despertos para lidar e reconhecer as necessidades básicas do doente terminal; nomeadamente na agonia.

A morte acontece em todo o lado em todo o tempo. Principalmente, em instituições cujo objetivo é proporcionar a melhor qualidade de vida a pacientes que se encontram na fase final de vida. Contudo, apesar da evolução dos tempos o ser humano continua sem compreender, ou melhor dizendo, aceitar a morte como um fenómeno natural principalmente, quando ocorre antes do tempo gerando um sentimento de injustiça e profunda revolta, quando nos confronta com as nossas fragilidades, medos e temores, fazendo tomar consciência que não conseguimos controlar tudo, nem mesmo a nossa vida, que as nossas aspirações, desejos e sonhos estão suspenso por uma linha muito frágil que de um momento para o outro pode terminar sem sabermos o porquê.

O progresso científico, o aperfeiçoamento das tecnologias permitiu melhorar e prolongar a qualidade de vida, vencer doenças, prevenir e erradicar algumas delas. Com tudo isto, a morte passou a ser tabu, não se fala, não se vive a morte, ninguém quer acompanhar, cuidar, assistir ao final de vida dos outros, arranjando formas de se desligar e negar esse processo, esse momento. A sociedade atual tornou-se profundamente egoísta, cada qual vive para si, para as suas próprias necessidades. Mas quando se toma consciência que se está a morrer ninguém quer morrer sozinho. Contudo, morre-se solitariamente numa cama. A vida atual não nos proporciona tempo. Não temos tempo para cuidar de nós, dos nossos filhos, dos nossos idosos. A correria do quotidiano, as ambições da sociedade atual, as dificuldades do mundo atual, mais concretamente o panorama económico e social não nos dá espaço de manobra para refletir, descobrir o que realmente é importante.

Quando chega o momento de partir, de deixar este mundo reflete-se inevitavelmente na forma como se viveu ou se deixou de viver. Antigamente, e não há muito tempo, no tempo dos nossos avós e bisavós, preparava-se a morte. Fazia-se o testamento, comprava-se a sepultura no cemitério, escolhia-se a roupa com que se queria ser enterrado, seguia-se os rituais espirituais e as crenças de cada um, não se tinha vergonha de dizer “quando morrer”... formulava-se desejos e pedidos, morria-se assim como se tinha vivido, em família.

A transferência massiva da morte para o contexto hospitalar, provoca um profundo stresse e desgaste físico e emocional nos profissionais de enfermagem. Neste contexto, este trabalho pretende igualmente ajudar os enfermeiros a vivenciar esta fase do ciclo de vida de forma saudável, não negando os seus receios, duvidas não recalcando a sua condição humana. De modo, a proporcionar uma melhor assistência e conforto aos doentes e seus familiares.

Este trabalho foi elaborado através do recurso a uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, de referir que o mesmo é constituído por uma introdução, definição do conceito de morte, perspectivas da morte, definição de cuidados paliativos e seus princípios, identificação da agonia e dos seus sintomas e pelas considerações finais. E tem como objetivo estabelecer algumas orientações relativas aos cuidados na agonia.

A elaboração do mesmo visa ainda desenvolver a capacidade de reflexão e de pensamento crítico, bem como de abstração e aplicação dos conceitos teóricos ao contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Morte, parte do processo de vida

Qualquer que seja a definição do termo Morte, esta marca o fim, definitivo e irreversível, da existência, isto é, o encerrar do ciclo de vida de qualquer ser que um dia nasceu.

Biologicamente, é o findar de todas as atividades metabólicas e cerebrais (perda definitiva e irreversível das funções cerebrais) e a conseqüente decomposição do organismo. Contudo, podem-se considerar outros tipos de morte, nesta perspectiva tem-se a morte psíquica quando as atividades mentais não se encontram totalmente ativas conduzindo à falta de lucidez. A morte espiritual em que o sujeito acredita que a sua alma se encontra em pecado mortal e será condenado a um sofrimento eterno. E a morte social, quando por qualquer motivo se é colocado à margem da sociedade e existe uma rutura total com a família (Sudnow, citado por Oliveira, Luginger, Bernardo e Brito, 2004).

Desde cedo tomamos consciência da nossa existência, da fragilidade da vida, passamos a temer o seu fim, seja o quando ou como ela será. Única certeza da vida é a Morte. Todavia, consciente ou inconscientemente tentámos abstrair-nos desse facto. No entanto, chega um dia que temos que lidar com a Morte, seja pela perda de um amigo ou familiar. Esta pode acontecer de múltiplas formas acidente ou doença, natural ou provocada, mais ou menos sofrida, súbita ou com um fim anunciado.

O Homem enquanto ser racional e psicologicamente complexo tem consciência que a morte faz parte da sua existência. Se está vivo um dia terá de morrer. Esta fatalidade é fonte de muitos temores e inquietações, dando-lhe um enorme poder. Estando presente em todas as religiões, desde os primórdios da humanidade. Ela está na origem da maioria dos avanços e descobertas científicas pois desde sempre o Homem tenta enganar ou camuflar a Morte e prolongar ao máximo a Vida, mesmo que seja sem qualidade. Está também presente na filosofia e na arte, condiciona comportamentos, atitudes está na origem de superstições e mitos devido à sua natureza misteriosa e desconhecida. Porque mesmo que já se tenha assistido à morte de alguém ninguém sabe dizer realmente o que é morrer.

A vida tem um prazo de validade mas felizmente ou infelizmente não sabemos o dia, o mês ou o ano. Mesmo quando esta se anuncia na consequência de uma doença incurável ou devido a um acidente grave sem recuperação possível ou por velhice. Seja como for, ela provoca um sentimento de revolta, injustiça e profunda angústia. Não podemos viver a pensar que a qualquer momento podemos morrer mas, será justo encarar a morte como um inimigo, um carrasco? Sem a morte não haveria renovação da vida, certo?! Ela assegura o equilíbrio e o renovar dos recursos naturais. Se a Morte não acontecesse desde a origem da vida na Terra certamente não teríamos chegado até aos dias de hoje...

A Morte provoca em cada um de nós sentimentos contraditórios, sabemos que a morte assegura a vida mas, todos nós no íntimo desejamos ser imortais, jovens, belos e saudáveis.

No mundo moderno em que vivemos, rodeados de tecnologia e progressos científicos a Morte é encarada como uma derrota, um fracasso. Não se pode simplesmente morrer, há que contrariar esse acontecimento natural inerente à vida, a todo o custo. Essa obsessão conduz a um prolongamento da vida por vezes desumano, porque o medo de morrer, o medo de aceitar a morte conduz por vezes a um prolongar, não da vida mas sim do sofrimento e da dor.

Nas sociedades ocidentais a Morte é tabu, é desconfortável falar da Morte. Isso evidencia-se quando um familiar ou ente querido morre, um comportamento é esconder ou afastar as crianças das cerimónias fúnebres e não lhe explicar concretamente o que aconteceu. As crianças não têm idade para compreender ou podem ficar traumatizadas, podem ficar com medo da sua própria morte ou da morte dos seus pais, passar a viver angustiadas com medo de ficarem sozinhas e desamparadas neste mundo. Mas este medo não assiste somente às crianças, confrontar a Morte é um receio que está presente mesmo que inconscientemente no seio das famílias e em cada individuo. Hoje em dia a morte é escondida, negada, já não se morre em família morre-se solitariamente, não havendo lugar à despedida ao conforto e carinho dos familiares, amigos... Não há oportunidade para um pedido de desculpas, morre-se só e angustiado, não há ninguém para segurar a mão e dizer para não ter medo e que tudo correrá bem, que o fim da sua existência tal e qual como a conhecemos não é o fim, e que a sua passagem na terra não será apagada nem esquecida.

Presentemente, principalmente nos meios urbanos, os últimos dias de vida ocorrem em meios hospitalares ou em instituições como os lares. Contudo, as organizações como unidades de internamento, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados paliativos assim como os seus profissionais não se encontram preparados para lidar com este tipo de acontecimento. A ideologia de enfermeiro é promover vida, curar doenças... Como nem sempre isto é possível, e nos hospitais não é possível muitas vezes, os enfermeiros que lidam diretamente com os pacientes têm que enfrentar e assistir ao falecimento dos mesmos em “primeira fila”. E como se pode imaginar não se afigura uma “empreitada” fácil. Os enfermeiros são profissionais, mas não nos podemos esquecer que são humanos, é natural que criem mecanismos de defesa. Presenciar o cessar da vida de alguém mesmo que não seja alguém próximo afeta e abala quem assiste. Um profissional de enfermagem que cuide de um doente terminal para além, de dar apoio ao doente tem de prestar também assistência à família do mesmo e amigos. Tem que lidar com os seus medos e fragilidades perante a Morte. E ao mesmo tempo tem que ser profissional.

Naquele momento em que todos (doente, família, amigos) sabem que não há nada a fazer se não aguardar pelo momento fatídico. Raros são os casos em que os intervenientes conseguem enfrentar a situação. Preferem mentir ao doente porque, este não está preparado para lidar com a situação. Mentem a si mesmos e aguardam por um milagre que não vai acontecer. E por sua vez, o doente para não infligir sofrimento aos seus entes queridos mergulha nesta espiral de silêncios padecendo sozinho, não exprimindo os seus anseios e angústias. Usam-se meias palavras, meias verdades ou mentiras em vez de aproveitar esse momento para se preparem, para se despedirem e no fim agem como se tivessem sido apanhados de surpresa.

Por mais que a ciência avance, que a tecnologia evolua nunca se vai conseguir vencer a morte. Aprender a aceitar a Morte é um grande desafio que se coloca tanto às equipas de enfermagem como a cada individuo. Nem todos têm o privilégio de morrer serenamente ou ter uma morte “santa”, não sofrer. Mas, também não têm a oportunidade de se despedir, resolver situações e dizer ou fazer algo que nunca tiveram coragem, seja por medo ou por orgulho. Quando pensamos na morte desejamos que seja um acontecimento bem longínquo e que seja por velhice depois de termos cumprido os nossos sonhos e objetivos de vida.

Para os nossos antepassados a morte ocorria em família segundo os preceitos religiosos de cada um. Mais que apaziguar o corpo procurava-se apaziguar a alma. Nos dias de hoje já é possível, morrer sem dor. O verdadeiro desafio está em criar condições quer estruturais como humanas que permitam como diz Henriques (1997) “em casa ou no hospital a morte deve continuar a ser um acontecimento familiar”, assegurando a qualidade de vida do doente em fase terminal, sem dor e sem sofrimento. Assim sendo, a questão que se coloca não é prolongar a vida a todo o custo, mas sim garantir o alívio e o conforto a quem se encontra no processo de morte.

Estudos demonstram que 10% dos episódios de urgência referem-se a doentes que necessitam de cuidados paliativos, por situações agudas típicas da fase avançada de cancro, muitas das quais previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar (no domicílio) como: dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor. Segundo Massa (2010), “quando não inseridos numa instituição hospitalar, os programas de cuidados paliativos podem ser prestados em lares residenciais, unidades de cuidados continuados, clínicas e domicílio”. Idealmente, a fase final de vida deveria ocorrer num ambiente familiar para o paciente, de forma a este se sentir útil e não um estorvo ou transtorno para a família. Enquanto a sua saúde assim o permitisse poderia manter as suas rotinas e os seus hábitos. E os seus amigos e familiares sentir-se-iam partes integrantes deste processo, o que confiaria maior conforto e satisfação pois poderiam participar ativamente, evitando assim o choque e o desconforto que o ambiente hospitalar possa incitar. Para tal seria necessário disponibilizar uma estrutura organizada (médicos, enfermeiros, psicólogos) que atue no exterior, ou seja em contexto domiciliar com o objetivo de amparar os cuidadores ao longo de todas as etapas do fim de vida. Particularmente, nos últimos dias e horas finais, quando o doente evidencia sinais de enorme angústia e sintomas próprios de uma doença ou fase terminal. Diminuindo episódios de urgência e consequentes hospitalizações que vão, a maior parte das vezes, contra a vontade do paciente _ a de morrer em casa. Bem como, evitar que todo o trabalho, entrega e desgaste psicológico dos cuidadores/familiares tenha sido em vão, ou mesmo o aparecimento de sentimentos de fracasso ou incompetência, de não estarem à altura do desafio e de que o desenlace final se deva a alguma falha ou erro da sua parte. Paralelamente, evitar-se-iam tratamentos invasivos e desnecessários, bem como a possibilidade de ocorrência de obstinações terapêuticas, traduzindo-se na diminuição de custos e na redução do número de recorrências aos serviços de urgência.

Os profissionais de saúde têm que interiorizar que a morte é parte integrante do seu trabalho, não uma derrota. E que os tratamentos não devem ser desproporcionados, ou seja, prolongar ao máximo a vida

mesmo quando o doente já está agonizar. Aceitar a Morte permitirá dignificar a vida e proporcionar aos pacientes em fim de vida uma “boa morte”.

3. O enfermeiro e a vivência da terminalidade

Cuidar do outro, privilegiar a vida acima de tudo, aliviar o sofrimento é a missão do enfermeiro. Ver a pessoa como um todo, conseguir ver para além do que é verbalizado, para além da evidência, dar atenção às necessidades explícitas ou não devem, na minha despreziosa opinião, ser atributos de um bom profissional de saúde.

No meu contexto laboral, assim como de outros profissionais da área da saúde, lido com vidas humanas e confronto-me regularmente com situações complexas e irreversíveis cujo desenlace é a morte do paciente. Ao longo da minha carreira profissional tive de adquirir competências, desenvolver capacidades para lidar com a morte dos “meus” doentes, pois como qualquer ser humano não sou indiferente ao sofrimento do meu semelhante. Se um paciente está internado no meu serviço por um longo período de tempo, inevitavelmente acaba-se por estabelecer laços afetivos com o mesmo (nem que este não esteja consciente) e com a sua família. Confrontar-me com a morte, apreender e aceitar que esta é uma componente do meu ambiente laboral, lidar com este tipo de situações ou prognósticos e comunica-lo ao doente, quando possível, e aos seus familiares é uma das situações mais difíceis com as quais me deparo frequentemente. Apesar de exercer há alguns anos, e já ter passado por diferentes serviços (serviço de medicina interna, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos), confrontar a finitude da vida, os últimos momentos dos meus pacientes não tornou o processo da morte mais fácil, encarar a família e apoiar-la neste momento de perda, ver a sua dor são momentos angustiantes e desgastantes psicologicamente, porque não consigo nem devo desligar-me da minha condição humana e tento na medida das minhas possibilidades colocar-me no lugar do outro. Todos os pacientes me tocam de alguma maneira contudo, tento não levar as tristezas da minha profissão para “casa”, pois se assim não o fizesse o desgaste seria enorme o que afetaria a minha vida profissional e pessoal.

Na minha formação inicial não me preparam para esta realidade, da morte, da precaridade da vida, da decadência humana ao longo do processo de morte, o ensino é focalizado na cura e na vida. A leitura de artigos e estudos realizados neste âmbito deram-me alguns alicerces para encarar e lidar com a finitude da vida. Todavia, a minha experiência profissional, as equipas de trabalho que tenho encontrado, as minhas vivências pessoais, os pacientes e familiares que tive o privilégio de conhecer têm sido um contributo precioso para o meu crescimento profissional e individual, nesta matéria. Estar presente nos momentos finais da vida de alguém, deve ser visto como um privilégio, porque aprende-se muito. A chegada da morte traz muitas vezes uma clareza de pensamento ao paciente, que me faz questionar muitas vezes sobre a vida, sobre o que é realmente importante. Só é preciso ter disposição para ouvir e não ter medo de não ter as respostas. Refletir sobre a morte, vê-la a acontecer diante dos meus olhos faz-me aproveitar melhor a vida. Todavia, existem casos que me tocam mais profundamente e me fragilizam e forçam-me a fazer “um luto profissional”. Que por vezes é estar sozinha e refletir, outras é falar com um colega de trabalho que

enfrenta o mesmo tipo de situações, por vezes é falar com um amigo que me ajude a abstrair o pensamento e aproveitar ao máximo os momentos de descanso, as folgas do trabalho e as férias para “recarregar as baterias”.

Ajudar no processo de cura é o que me realiza profissionalmente mas, quando esta não é clinicamente possível tento aliviar a dor, possibilitar o máximo de conforto ao paciente/família e ver a morte como o fim de um sofrimento sem sentido.

4. Conduta do enfermeiro no cenário de morte de um paciente

Uma vez confrontado com um diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura, um agravar irreversível do estado de saúde de um paciente, comunicar a morte de um familiar são momentos de tensão e stress com os quais os enfermeiros, assim como eu, têm de aprender a gerir e a comunicar. Uma das habilidades que um enfermeiro almeja saber na sua profissão é, o quando e como transmitir más notícias. Nestes momentos críticos é crucial que o profissional demonstre empatia e transmita segurança. A postura adotada, as palavras empregues devem ser avaliadas e pensadas. O acenar da morte é algo com que o paciente e a família nunca estão preparados para se confrontar, mesmo no pior dos cenários. O enfermeiro deve precaver-se para as mais diversas e inesperadas situações: choro, gritos, silêncio e por vezes alguma violência. Seja qual for a reação, os seus profissionais devem possuir condições estruturais e logísticas para acolher e reconfortar os familiares, como uma sala confortável que confira alguma privacidade. Ao comunicar más notícias, aos familiares, o enfermeiro deve: dar tempo para que os intervenientes assimilem informação que lhes está a ser fornecida; pôr-se à disposição para esclarecer eventuais dúvidas; demonstrar compaixão e sensibilidade pelo sofrimento gerado... Ao comunicar más notícias, ao paciente, o enfermeiro deve: diagnosticar primeiramente as condições emocionais do mesmo, saber o quanto o doente sabe, o quanto quer ou aguenta saber; transmitir neste momento mais difícil, se não o mais difícil da sua vida que é parte integrante de um grupo, por pior que seja a situação ninguém o abandonará e que terá sempre alguém para reconfortar, disposto a ouvir e a cuidar dele.

Perante estes cenários, por vezes, para aliviar o sofrimento do doente/familiares o enfermeiro pode cair na tentação e dar falsas esperanças, mas isso ocasionará mais tarde um choque e um trauma muito maior, culminando na recriminação e culpabilização do profissional, por lhes ter mentido ou por ter falhado no processo de cura, e até mesmo por não lhes ter proporcionado a oportunidade de prestar uma última homenagem ao ente querido que partiu; por não ter dado a oportunidade ao paciente e a eles próprios para se despedirem convenientemente. O paciente assim como a família que o acompanha têm direito a receber informações verdadeiras, honestas e precisas.

5. Cuidados Paliativos

Afigura-se consensual que a maior dificuldade no acompanhamento de moribundos, não se prende no morrer em si, mas com o padecimento de uma doença prolongada (avançada/terminal), pelo que é indispensável promover o conhecimento dos profissionais de saúde, sobre os cuidados paliativos e os vários aspetos que envolvem os cuidados no fim de vida. O que constitui um desafio para os profissionais e para o sistema de saúde.

Em 2002, a OMS, definiu os **cuidados paliativos** como “uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da presença e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Pimenta (2010), reforça que o cuidado paliativo é uma filosofia, um modo de cuidar, que visa a aprimorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadoras de vida, provendo alívio da dor e de outras sintomas, desde o diagnóstico ao fim da vida e luto. Ainda preconiza a compaixão, o não abandono, a não suspensão de tratamentos e a não indução da morte; não se recomendam tratamentos fúteis, aceita-se o limite da vida e o objetivo é o cuidado e não a cura.

Segundo o Instituto nacional de Câncer (INCA), os princípios dos cuidados paliativos são:

- ✓ fornecer alívio para dor e outros sintomas stressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- ✓ reafirmar a vida e a morte como processos naturais;
- ✓ integrar os aspetos psicológicos, sociais e espirituais ao aspeto clínico de cuidado do paciente;
- ✓ não apressar ou adiar a morte;
- ✓ oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, no seu próprio ambiente;
- ✓ oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até a sua morte;
- ✓ usar uma abordagem interdisciplinar para compensar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

E os pontos considerados fundamentais no tratamento são:

- ✓ a unidade de tratamento compreende o paciente e a sua família;
- ✓ os sintomas do paciente devem ser aliviados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas;
- ✓ as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitas com base em princípios éticos;
- ✓ os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma;
- ✓ a comunicação adequada entre equipa de saúde e familiares e paciente é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte.

(INCA)

Os cuidados paliativos estavam inicialmente agrupados a serviços com patologia oncológica e agiam no período imediato antes da morte, tendo este critério de assistência sido alargado e atualmente entende-se por doença terminal, uma doença (avançada, incurável e progressiva) com diagnóstico confirmado, e para a qual se verifica ausência de resposta a tratamento específico, presença de sintomas intensos, multifatoriais e cambiantes e enorme impacto emocional no doente e família, com prognóstico de vida inferior a seis meses. E abarca não só doentes com cancro em fase terminal, como outras doenças crónicas progressivas (sem resposta a terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado) como as insuficiências respiratórias crónicas, cardíacas, renais e hepáticas, as doenças infecciosas como o HIV (em fases terminais), bem como as patologias neurológicas degenerativas (esclerose lateral amiotrófica, esclerose em placas, as demências), a fibrose quística, entre outras. (Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2006)

Subsiste uma confusão frequente nos conceitos de doente em cuidados paliativos, terminal e agónico. Um doente a receber cuidados paliativos não é inevitavelmente um doente terminal. Segundo a ANCP (2006), entende-se por **doente terminal** aquele que apresenta uma sobrevida média de 3 a 6 meses e que se encontra numa fase avançada, incurável e evolutiva da doença e que pelo sofrimento associado apresenta elevadas necessidades de saúde; enquanto que o **doente agónico**, é aquele que previsivelmente (pelas características clínicas que apresenta), se encontra nas últimas horas ou dias de vida. De salientar que nos doentes oncológico os três últimos meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, enquanto nos doentes não oncológicos essa degradação traduz-se com agudizações e de forma mais lenta, devido à imprevisibilidade e maior longevidade da doença.

De forma a descrever as fases da doença e os níveis de complexidade dos doentes em cuidados paliativos, a *Australian National Sub-acute and Non-acute Patient (An-SNAP) Classification*, citada por Neto (2006) descreve **4 fases paliativas**, em função do estadio da doença, correspondendo cada uma a diferentes níveis de complexidade:

- **aguda** _ fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou em que existe um aumento significativo dos problemas já existentes;
- **em deterioração** _ fase em que ocorre o desenvolvimento gradual de problemas sem que exista necessidade de uma alteração súbita no manejo da situação (são doentes que ainda não se encontram na fase seguinte);
- **terminal** _ fase em que a morte está iminente numa antevisão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas;
- **estável** _ nesta fase incluem-se os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Há ainda a acrescentar uma **5ª tipologia** específica, relativa ao **apoio prestado no luto**. São os doentes em fase aguda de CP aqueles que podem justificar maior número de intervenções terapêuticas, eventualmente diagnósticas, mais complexas.

6. Cuidados ao doente em Agonia

Os últimos momentos de vida envolvem muitas perguntas. As incertezas são a única verdade dos momentos que antecedem a morte, pelo que ter controlo da situação reduz a possibilidade de variação, o medo e a ansiedade.

A morte assume-se como um momento único e sozinho. As últimas horas suscitam desejos de paz, boa hora e boa partida e geralmente são acompanhadas de sentimentos de tristeza, melancolia e saudade. É um momento descrito pelos familiares e cuidadores como sendo de imenso sofrimento, até mesmo quando os sintomas de agonia estão bem controlados.

À medida que a doença vai progredindo, assiste-se ao agravamento gradual do estado geral do doente. Integra uma competência importante saber identificar os sinais e sintomas que permitem diagnosticar a fase de agonia, ou seja, reconhecer que o doente se encontra nas últimas horas ou dias de vida. O reconhecimento destes sintomas orienta a equipa na reavaliação constante do plano individual de cuidados, adaptando-o à nova situação do doente, promovendo a melhor qualidade de vida possível. Nesta fase, são objetivos dos cuidados: o controlo de sintomas, instituição de medidas de conforto, prevenir o aparecimento de novos problemas através da prescrição de terapêutica (de resgate), suspensão de intervenções inúteis ou medidas inapropriadas, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a morte do doente. Bem como facilitar a presença dos familiares e proporcionar um espaço físico adequado (reservado e tranquilo).

Nas últimas horas, o doente torna-se progressivamente mais “ausente” da vida. Não consegue comunicar, alimentar-se ou mobilizar-se, assim como a expressão facial, sugestiva de dor ou sofrimento, torna-se difícil de ser decifrada. Assiste-se ao rápido declínio funcional do doente. Normalmente os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. O objetivo nessa fase é promover o controlo dos sintomas de forma completa, prevenir os agravamentos das últimas horas de vida e suavizar a agonia final. O quadro clínico do doente deve ser reavaliado, se possível duas ou mais vezes ao dia. Novas decisões devem ser consideradas sempre que necessário.

O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) sugere um quadro clínico com um conjunto de sintomas que devem ser avaliados, bem como a definição de cada um e os procedimentos que auxiliam no seu alívio:

– Quadro clínico das últimas horas

Fase final (últimas 48 horas)
• Anorexia e nenhuma ingestão de líquidos
• Imobilidade
• Alteração cognitiva e sonolência e/ou <i>delirium</i>
• Mioclonias
• Dor
• Colapso periférico, falências funcionais
• Ronco final

Anorexia

Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas encontram-se diminuídas, originando uma anorexia fisiológica. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos, e a aceitação de líquidos torna-se progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação por meio do uso de sondas enterais pode ser considerado um procedimento iatrogénico, na medida em que provoca desconforto físico, tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir, como náuseas, vômitos, risco elevado de aspiração brônquica, sensação de plenitude e desconforto abdominal. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas e bem tolerada pelo doente.

A hidratação artificial nessa fase deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea (SC) pode ser a melhor escolha (suporta um volume de até 1.500 ml diários de soluções isotónicas num mesmo ponto de infusão, contudo o máximo possível a ser administrado são 3000ml/dia divididos pois dois locais diferentes).

A hipodermoclise apresenta-se como uma via de administração segura, com poucos riscos de complicação e de fácil manutenção e manipulação, bem como apresenta um risco mínimo de complicação e de baixo desconforto. Permite a administração de soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5% e eletrólitos como cloreto de potássio e de sódio, desde que diluídos em volumes nunca inferiores a 100ml de soro fisiológico a 0,9% ou glicosado a 5%. Os locais possíveis de punção são as regiões: deltóidea, anterior do tórax, faces anterior e lateral da coxa e escapular. A tolerância de cada região para a infusão varia consoante as condições gerais de cada paciente e o volume a ser infundido. As possíveis complicações são: edema local, equimose e infeção. Deve-se evitar peles irradiadas, locais com edema, inflamação, infiltração tumoral ou ulceradas.

Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo ou vaporizar chá ou água pode ser confortante.

Imobilidade

Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue movimentar-se. Contudo, deve-se movimenta-lo cuidadosamente a fim de evitar desconfortos.

A equipa deve ser treinada para realização da movimentação passiva do doente e auxílio ativo nas transferências, as quais devem ser evitadas por serem muito desconfortáveis e dolorosas nessa fase. Insistências e tentativas desnecessárias devem ser evitadas.

Familiares devem ser estimulados a tocar no doente como forma de expressar carinho, conversar ainda que o mesmo não esboce respostas, e evitar conversas desagradáveis no ambiente. Deve-se manter o quarto o mais calmo possível.

Sonolência

No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo despertável em alguns raros momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornando ao sono a seguir.

Esse sintoma é esperado nas últimas horas e não se justifica a redução ou suspensão das doses de sedativos (a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos).

Alterações da cognição

Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nessa fase, a memória e o raciocínio deterioram-se. As respostas são demoradas e, por vezes, inadequadas ou inexistentes. Em alguns momentos, podem surgir visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica com parentes mortos há muito tempo, sinais que podem ser avaliados do ponto de vista místico por familiares. O olhar torna-se fixo e muito profundo.

Nas últimas horas, podem surgir quadro de *delirium* e agitação motora, ou simplesmente um afundamento progressivo do nível da consciência, caracterizando um semi-coma e coma que antecedem a morte. O *delirium terminal* é sinal de deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte (pode estar relacionado com vários fatores como hipoxia, variações toxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática, infeções, desidratação, acúmulo de medicamentos como os opióides, anticolinérgicos e diazepínicos).

Alterações da cognição e pequenas alucinações devem ser toleradas. Intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* passa a agitação e representa ameaça ao conforto e a segurança do doente. São elas:

- instituir uma hidratação de até 1.000 ml/dia pode prevenir a instalação do quadro;
- reavaliar e ajustar dose dos opióides (nos casos de oligúria/anúria, dar preferência a perfusões contínuas ou opióides de ação curta);
- utilizar medicamentos que devem ser ajustados de acordo com a necessidade: Neurolépticos em baixas doses são suficientes para controlar o *delirium* na maioria dos casos (os medicamentos podem ser usados por via parenteral contínua, controlados por bomba/seringa infusora, isoladamente ou associados a outros fármacos).

Mioclonias

Os movimentos musculares involuntários são frequentes. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipoxia, desidratação ou por edema do sistema nervoso central (SNC), no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível. A prevenção é fundamental e devem-se utilizar anticonvulsivantes.

Exacerbação da dor e da dispneia

Sintomas que estavam bastante controlados podem-se exacerbar nos últimos dias de vida e tornarem-se refratários à terapêutica habitual. O tratamento de sintomas, como dor e dispneia, deve ser mantido até ao final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece a dimensão do sintoma. A suspensão abrupta de sedativos e opióides pode levar à abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto, a suspensão de fármacos coadjuvantes, como antidepressivos, pode ser necessária a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e dificuldade de controlo dos efeitos colaterais.

Para o controlo da dispneia, afastadas as possíveis causas reversíveis como derrames pleurais, infeções respiratórias ou desconforto causado por ascite, por exemplo, o medicamento de escolha é a morfina em doses baixas, associada ou não a benzodiazepínicos, como o medicamento de escolha e a morfina em baixas doses, associada ou não a benzodiazepínicos,

como o midazolam, ambos em perfusão contínua e parenteral. A dose inicial da morfina para alívio da dispneia em doentes em final de vida é de 10 mg/24 horas. No caso do midazolam, pode-se iniciar com infusão de 0,5 mg/hora a 1 mg/hora. Quanto aos broncodilatadores, só devem ser indicados nos casos de comprovado broncospasmo. Os corticoides, como hidrocortisona 300 a 500 mg IV, podem ser usados no broncospasmo e também nas condições em que o seu uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema peri tumoral que provoca dispneia, como nas linfangites pulmonares, compressões de veia cava superior, compressões de traqueia por tumores extrínsecos. O excesso de secreções brônquicas pode ser aliviado pelo uso de anticolinérgicos.

Para controle do quadro algico, os analgésicos usados anteriormente devem ser mantidos em doses equivalentes, procedendo-se aos ajustes necessários para a via de administração escolhida. A via endovenosa (EV) só deve ser utilizada para as infusões contínuas. A via SC, porém, pode ser usada para infusão contínua ou intermitente de opióides. O controlo do quadro algico pode ser mantido por meio de opióides. O mais usado é a morfina, que permite ampla utilização devido ao fato de colaborar para o controle de outros sintomas (dispneia, fadiga e tosse), além da facilidade de administração por várias vias e ausência de dose teto. O uso do fentanil transdérmico também deve ser considerado em relação à facilidade de administração e sua eficácia.

Colapso periférico (Cianose periférica)

As perdas de função orgânica que se desencadeiam nesse processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as

alterações do padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis, e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. É de grande valor nessa fase o uso adequado da hipodermóclise, ou acesso subcutâneo (preferencialmente abdominal), pode-se proceder à hidratação do doente e administrar fármacos diversos. A maioria dos medicamentos essenciais ao controle de sintomas nessa fase pode ser administrada por via SC com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis.

Estertor Laríngeo

É evento comum à maioria dos doentes e caracteriza-se por uma respiração ruidosa, repleta de secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

O ronco deve ser prevenido ou minimizado. O emprego de anticolinérgicos em doses generosas como a hioscina (escopolamina) 10 a 20 mg a cada 4 ou 6 horas é suficiente para atenuar o sintoma. Devem ser evitadas as repetidas aspirações das vias aéreas, pelo desconforto que causam ao doente. Na escolha de outros medicamentos nessa fase, deve-se considerar aqueles de maior efeito anticolinérgico. Por exemplo: na hora de optar por um neuroléptico, a clorpromazina é mais eficiente para diminuir secreções do que o haloperidol.

Momento da morte

As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede à paragem dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

O apoio e algum preparo espiritual tornam-se essenciais nesse momento. Não devem ser confundidos com os rituais religiosos. A religião do doente deve ser sempre respeitada e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso novo. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante do que se fazer ouvir; transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero é essencial.

7. Considerações Finais

Consciencializar-se que não há cura, que o doente caminha irreversivelmente para o fim da vida gera, sentimentos de impotência e frustração nos profissionais que prestam assistência a pacientes em cuidados paliativos. Os enfermeiros assim como os outros profissionais na área da saúde são formados para combater a morte. São responsáveis pelas suas práticas, pelo que dispõem de autonomia, e as mesmas, assentam valores e princípios éticos. Princípios que entram em conflito perante a agonia de um doente em final de vida.

Neste âmbito, é de extrema importância entender a morte como um evento natural da vida que deve ser vivida em família, que o enfermeiro neste tipo de situação tem como missão garantir uma morte digna, assentando no controle dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais. Apoiando a família e o doente na aceitação e compreensão desse processo.

Cuidar de pacientes terminais/em fim de vida exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, exige entrega, pré-disposição para ouvir o doente e a sua família, compreender os seus medos, angústias, escolhas e desejos.

Educar para a morte, é urgente, devido ao crescente aumento de internamentos de pacientes por doenças incuráveis, degenerativas e doenças crónicas progressivas é necessário humanizar os serviços hospitalares, criar condições humanas e organizacionais que promovam o relacionamento do enfermeiro com o doente e a família. Bem como a criação de uma estrutura que apoie o enfermeiro a gerir as suas próprias limitações e emoções no ambiente de trabalho. E deste modo, poderá acompanhar melhor os doentes no processo de finitude, valorizando a pessoa e respeitando a sua individualidade, contribuindo para o processo de humanização dos cuidados paliativos. (Cancêr)

Face ao exposto neste trabalho, os conhecimentos adquiridos até aos dias de hoje como enfermeira e atendendo à bibliografia consultada, resumo em cinco pontos os aspetos a considerar perante casos de doentes em fim de vida, sendo estes:

- prestar cuidados individualizados, tendo em consideração as particularidades de cada individuo e todas as dimensões do seu ser;
- prevenir a dor, angústia e o sofrimento;
- oferecer apoio relacional, moral, espiritual e religioso ao doente e família;
- contribuir para promover a qualidade de vida do doente até à morte;
- apoiar a família durante o processo de morte e de luto (Saraiva, Revista Nursing, nº 244).

Este trabalho constitui, mais do que um critério avaliativo, uma experiência enriquecedora na medida em que contribuiu para uma reflexão cuidada da minha prática, aumentando os meus conhecimentos e o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

8. Referências Bibliográficas

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). [online]. Disponível: <http://www.apcp.com.pt> [consultado em 20 outubro de 2012].
- Instituto Nacional de Câncer [online]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br> [consultado em 20 outubro, 2012].
- Henriques, M. F. et all.(1995). O enfermeiro e a morte. Revista Servir. vol.43, p. 1,9-17.
- Manual de Cuidados Paliativos (2009). [online]. Disponível: <http://www.nhu.ufms.br>. [consultado em 30 outubro de 2012].
- Massa, E. B. (2010). Análise da Necessidade de Recurso ao Serviço de Urgência de Doentes Oncológicos Em Cuidados Paliativos. Mestrado Integrado em Medicina. [online] Porto: Universidade do Porto. 23pp. Disponível: <http://repositorio.aberto.up.pt> [consultado a 21 outubro, 2012].
- Neto, I. (2006) Agonia. In Barbosa, A.; Neto, Isabel (Coords), Manual de Cuidados Paliativos. p.295:308. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa.
- Oliveira M., Luginger S., Bernardo A., Brito M. (2004). Morte-Intervenção Psicológica Junto da Família do Paciente Terminal. [Trabalho de Licenciatura]. Universidade Lusíada. Portugal. [online].Disponível:<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/IntervencaoPsicologicaJuntoaFamiliadoPacienteTerminal.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2002). Definition of palliative care [online] Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition [consultado em 20 outubro de 2012].
- Pimenta, C. A. M. (2010). Cuidados Paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem. Acta paulista de enfermagem, vol.23, n.º 3.
- Saraiva, D. M. R.F. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte.[online]. Vol. 244. Disponível: <http://www.forumenfermagem.org> [consultado a 2 novembro 2012].

Anexos

Anexo 1
Plano da ação de formação

PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Pensar a morte nos cuidados de saúde: **atitudes no cuidar do doente em agonia**

Grupo-alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

Local: Sala do Serviço de Urgência

Data: 20/11/2012

Hora: 15:30 horas

Realizado por: Susana Martins

Objetivos Gerais:

- ✓ Abordar o conceito de Cuidados Paliativos
- ✓ Cuidados ao doente em agonia

Objetivos Específicos:

- Clarificar conceitos
- Focar os princípios dos Cuidados Paliativos
- Identificar os sinais da Agonia
- Enumerar algumas atitudes para atenuar os sintomas relativos á fase da agonia

Etapas	Conteúdo	Estratégia	Recursos	Tempo¹
Introdução	Apresentação. Apresentação do tema e a justificação do mesmo.	Método expositivo	Meios áudio visuais	5 minutos
Desenvolvimento	Conceito de Morte. Considerações no fim de vida. Cuidados Paliativos. Identificar Sintomas da agonia Enumerar atitudes para alívio dos sintomas da agonia	Método expositivo	Meios áudio visuais	30 minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas. Partilha de Experiências	Método participativo/ interactivo.	Meios áudio	10 minutos

	entre Colegas.		visuais	
Avaliação	Desempenho	Questionário	Suporte papel	5 minutos

¹Poderá haver ajuste nos intervalos de tempo delineados, consoante as intervenções e solicitações do grupo.

Os meios áudio visuais a serem utilizados serão o computador e projetor multimédia

Anexo 2

Panfleto de divulgação da ação de formação

Atitudes no cuidar do doente em agonia

Agradeço a presença de todos os Enfermeiros.

Contacto:
melia@iol.pt



Realizado por:

Estudante do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Susana Martins



Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia



Sala do SU

Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia

Estudos demonstram que 10% dos episódios de urgência referem-se a doentes que necessitam de cuidados paliativos. No entanto, os profissionais de saúde envolvidos muitas vezes não estão vocacionados para lidar com este tipo de doentes e a maioria dos SU não inclui qualquer suporte de CP, levando consequentemente a um número inapropriado de intervenções de emergência e hospitalizações.

Os enfermeiros são formados para combater a morte. São responsáveis pelas suas práticas, pelo que dispõem de autonomia, e as mesmas, assentam valores e princípios éticos. Princípios que entram em conflito perante a agonia de um doente em final de vida.

O enfermeiro neste tipo de situação tem como missão garantir uma morte digna, assentando no controle dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais. Apoiando a família e o doente na aceitação e compreensão desse processo.

Assim esta formação tem como finalidade fornecer aos profissionais de saúde presentes algumas orientações que possam melhorar este processo, partilhar conhecimentos e experiências entre todos.

Programa

Tema: Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia.

Grupo-alvo: Enfermeiros do SU do H. Pedro Hispano

Local: Sala do Serviço de Urgência

Hora: 15:30

Objetivos

Objetivos Gerais e Específicos:


- Abordar o conceito de Cuidados Paliativos:
 - clarificar conceitos;
 - focar os princípios dos cuidados paliativos;
- Cuidados ao doente em agonia:
 - Identificar os sinais de agonia;
 - Enumerar algumas atitudes para atenuar os sintomas relativos à fase da agonia

Conteúdos

- Apresentação do Tema e Justificação do mesmo;
- Conceito de morte;
- Conceito e princípios dos cuidados paliativos;
- Identificar sintomas da agonia
- Orientações relativas ao controle dos sintomas da agonia;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Partilha de Experiências entre Colegas.

Anexo 3

Apresentação em power point da ação de formação

 **CATÓLICA**
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Faculdade de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Pensar a morte nos cuidados de saúde: **atitudes no
cuidar do doente em agonia,
em contexto de urgência**

Susana Martins

Objetivos

Gerais:

- Definir conceito de Cuidados Paliativos
- Compreender os princípios dos cuidados ao doente em agonia

Objetivos

Específicos:

- ◊ Clarificar conceitos
- ◊ Focar os princípios dos Cuidados Paliativos
- ◊ Identificar os sinais de Agonia
- ◊ Enumerar algumas atitudes para atenuar os sintomas relativos à fase da agonia

Sumário

- ◊ Apresentação do tema e justificação do mesmo
- ◊ Conceito de Morte
- ◊ Conceito e princípios dos Cuidados Paliativos
- ◊ Identificação dos sintomas da Agonia
- ◊ Orientações relativas ao controle de sintomas da Agonia

Estudos demonstram que **10% dos episódios de urgência referem-se a doentes que necessitam de cuidados paliativos**, por **situações agudas** típicas da fase avançada de cancro, muitas das quais previsíveis e controláveis fora do ambiente hospitalar (no domicílio) como: **dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor**.

No entanto, os profissionais de saúde envolvidos muitas vezes não estão vocacionados para lidar com este tipo de doentes e a maioria dos SU não inclui qualquer suporte de CP, levando consequentemente a um número inapropriado de intervenções de emergência e hospitalizações.

Humanizar

A MORTE

Qualquer que seja a definição do termo morte, este marca o fim, definitivo e irreversível, da existência.

Biologicamente é o findar de todas as actividades metabólicas e cerebrais e a consequente decomposição do organismo.

No entanto, existem outros tipos de morte:

- Psíquica (falta de lucidez);
- Espiritual (alma está em pecado mortal e será condenado);
- Social (colocação à margem da sociedade e ruptura total com a família).

Fim de vida.....considerações...

Somos uma sociedade que:

- Valoriza produtividade, juventude e independência (a estética, o belo)
- Desvaloriza idade, família e cuidado interdependente

Fim de vida..... considerações.....

Antigamente oferecia-se conforto numa doença grave e terminal

Hoje o sistema moderno de "saúde" luta agressivamente contra a doença e a morte

Prolongamos a vida (ou a morte) a todo custo

"Fazer tudo até ao fim"

Omnipotência??

Muitos Profissionais acreditam que falharam... quando não é possível salvar a vida dos pacientes.

Face a este sentimento comum sentido pelos profissionais mas sobretudo ao sentimento de abandono percebido pelos Doentes surgem os

Cuidados Paliativos

"... talvez ao aceitar a sua própria morte, e a dos outros, o ser humano possa atenuar a tristeza e diminuir a dor e o sofrimento que daí advém, encontrando um ponto de reflexão que o auxilie a melhor se conhecer, respeitar e viver, atribuindo uma maior importância a cada momento, aparentemente insignificante!"

Abílio Oliveira e Lúcia Amâncio

CUIDADOS PALIATIVOS




DOENÇA TERMINAL


- Doença (avançada, incurável e progressiva) com diagnóstico confirmado,
- para a qual se verifica ausência de resposta a tratamento específico, presença de sintomas intensos, multifatoriais e cambiantes
- e enorme impacto emocional no doente e família, com prognóstico de vida inferior a seis meses.

DOENÇA TERMINAL


Abarca não só doentes com cancro em fase terminal, como outras doenças crónicas progressivas (sem resposta a terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado) como:

- insuficiências respiratórias crónicas, cardíacas, renais e hepáticas;
- doenças infecciosas como o HIV (em fases terminais), patologias neurológicas degenerativas (ELA, esclerose em placas, as demências);
- a fibrose quística;
- entre outras.

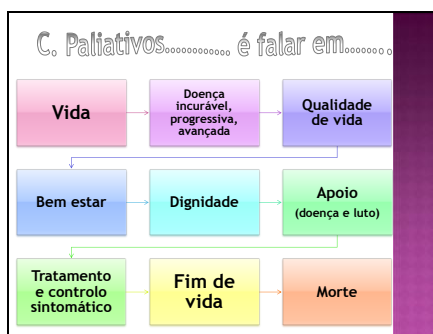
Subsiste uma confusão frequente nos conceitos de doente em cuidados paliativos, terminal e agónico. Um doente a receber cuidados paliativos não é inevitavelmente um doente terminal.



doente terminal: aquele que apresenta uma sobrevivência média de 3 a 6 meses e que se encontra numa fase avançada, incurável e evolutiva da doença e que pelo sofrimento associado apresenta elevadas necessidades de saúde;




doente agónico: é aquele que previsivelmente (pelas características clínicas que apresenta), se encontra nas últimas horas ou dias de vida.



CUIDADOS PALIATIVOS

Afirmam a **vida** e aceitam a **morte** como um processo natural. Não pretendem provocá-la nem adiá-la, através da eutanásia ou da obstinação terapêutica inadequada



CUIDADOS PALIATIVOS


Segundo o Instituto Nacional do Câncer (brasileiro).

- ▶ **fornece** alívio para dor e outros sintomas stressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas;
- ▶ **reafirma** a vida e a morte como processos naturais;
- ▶ integram os aspetos psicológicos, sociais e espirituais ao aspeto clínico de cuidado do paciente;
- ▶ não apressam ou adiam a morte;
- ▶ oferecem, um **sistema de apoio** para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, no seu próprio ambiente;
- ▶ oferecem um **sistema de suporte** para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até a sua morte;
- ▶ usam uma **abordagem interdisciplinar** para compensar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

CP visam: o conforto e o acompanhamento de um indivíduo e sua família

o controlo de situações urgentes com vista ao controlo de sintomas

proporcionar ao doente um fim de vida digno, sem sofrimento e com o acompanhamento da família em todo este processo



CUIDADOS PALIATIVOS NO HPH

- O departamento de CP é uma equipa interdisciplinar, englobando elementos do ACES. A coordenadora da Unidade é a Dr.ª M.ª do Céu Rocha.
- Localiza-se no piso 4 (contato: 911959351)
- Médicos hospitalares: Dr.ª Maria Manuel
- Enfermeiros: Isabel Campos, Bruno Fonseca, Eliana Freixo, Elsa Rodrigues, Miguel Pereira.

Articulação:

- Se o dte. se encontra no SU (triagem, ST2, OBS), deve o médico responsável pelo dte. contactar telf. o médico da equipa de CP (regulamento n.º 795.2)

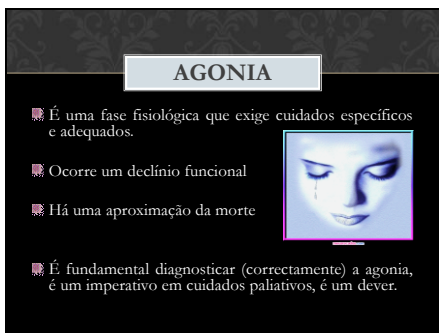
AGONIA

Os últimos dias



AGONIA

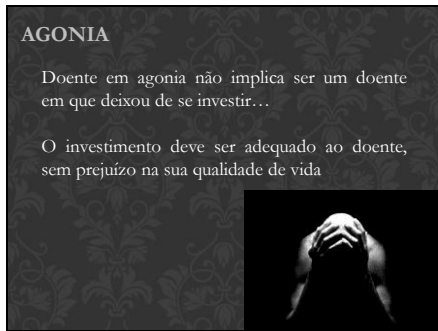
- É uma fase fisiológica que exige cuidados específicos e adequados.
- Ocorre um declínio funcional
- Há uma aproximação da morte
- É fundamental diagnosticar (correctamente) a agonia, é um imperativo em cuidados paliativos, é um dever.



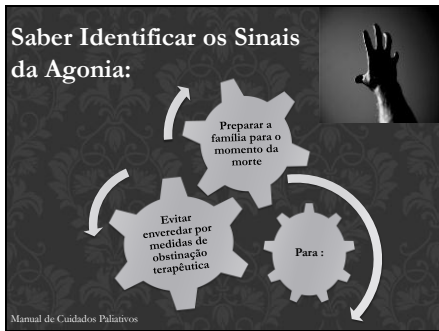
AGONIA

Doente em agonia não implica ser um doente em que deixou de se investir...

O investimento deve ser adequado ao doente, sem prejuízo na sua qualidade de vida




Saber Identificar os Sinais da Agonia:



Manual de Cuidados Paliativos

COM A PROXIMIDADE DA MORTE





O doente está...

- seriamente debilitado, quase sempre acamado
- com variações do estado de consciência
- com alterações respiratórias
- com dificuldade em deglutir e por vezes com recusa alimentar
- falência de vários órgãos


NA AGONIA.....

- A família e o doente são as prioridades do "cuidar"
- A equipa deve comunicar à família que o doente se encontra nas últimas horas ou dias
- A equipa deve apoiar a família nesta fase

NA AGONIA.....


- Trata-se de um período de manifestação de sentimentos
- Despedidas
- Conclusões
- Requer tranquilidade e intimidade
- Podem surgir novos problemas ou agravarem os já existentes...



Os profissionais de saúde podem ser a principal fonte de sofrimento ou o meio de o aliviar.

COMO ACTUAR?!

- Maximizar o conforto com controlo de sintomas
- Redefinir objectivos terapêuticos/ reavaliar terapêutica
- Intensificar cuidados à família (comunicação)
- Proporcionar cuidados, APROPRIADOS, sem intervenções desnecessárias



ANOREXIA

Nas últimas 48h, as actividades metabólicas encontram-se diminuídas originando a anorexia fisiológica.

O doente pode não ter nenhuma ingestão de líquidos e a acitação dos mesmos torna-se progressivamente + difícil

A falta completa de acitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo dte.

Evitar:
 Forçar a alimentação por meio de **sondas** = desconforto físico

podem desencadear:

- náuseas,
- vômitos,
- risco elevado de aspiração brônquica,
- sensação de plenitude,
- desconforto abdominal.

ANOREXIA

Hidratação artificial = deve ser cuidadosa

Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo

Vaporizar a boca com água ou chá

De forma a evitar:
 acúmulos
 edemas,
 quadros de congestão pulmonar
 desconforto respiratório

via SG = **Hipodermóclise**

CONFORTO


IMOBILIDADE

O doente não consegue movimentar-se

- Movimentado cuidadosamente a fim de evitar desconfortos
- A equipa deve ser treinada para realização da movimentação passiva do doente e auxílio activo nas transferências

Devem ser evitadas por serem desconfortáveis nesta fase

SONOLÊNCIA



- Sintoma esperado nas últimas horas
- O doente dorme praticamente todo o tempo.
- É despertável em alguns raros momentos
- Abre os olhos com dificuldade e momentaneamente

A redução ou suspensão das doses de sedativos, não se justifica.

ALTERAÇÕES DA COGNIÇÃO

- A memória e o raciocínio deterioram-se
- Respostas demoradas/inadequadas/inexistentes
- Podem surgir: **visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes**
- O doente fala com pessoas que não vemos, nomeadamente parentes mortos há muito tempo

ALTERAÇÕES DA COGNIÇÃO

Nas últimas horas, podem surgir um quadro de **delirium** e **agitação motora**, ou simplesmente um **afundamento** progressivo do **nível de consciência**.

O **delirium terminal** = indica a proximidade da morte

Pode estar relacionado com:

- hipoxia
- variações toxico-metabólicas (uremia)
- encefalopatia hepática
- infeções
- desidratação
- acumulo de medicamentos (opióides, anticolinérgicos e diazepínicos)

ALTERAÇÕES DA COGNIÇÃO

Intervenções medicamentosas são recomendadas quando o delirium passa a agitação e representa ameaça ao conforto e à segurança do paciente.

- Hidratação 1000ml/dia
- Ajustar doses de opióides (nos casos de oligúria/anúria dar preferência perfusão de opióides de acção curta)
- neurolépticos

MIOCLONIAS

Movimentos musculares involuntários e frequentes = neurotoxicidade

Secundários a:

- medicamentos
- distúrbios metabólicos (uremia)
- hipoxia
- desidratação
- edema do SNC (no caso de tumores e metástases centrais)

Precursores de convulsões e devem ser controlados o + rápido possível

A prevenção é fundamental = **anticonvulsivantes**

EXACERBAÇÃO DA DOR E DA DISPNEIA

Sintomas que podem **exacerbar-se nos últimos dias** e tornarem-se **refractários à terapêutica habitual**, e o seu tratamento deve manter-se até ao final da vida. Mesmo quando se instala o coma e a dimensão dos mesmos é desconhecida.

DISPNEIA

Controlo medicamentoso da dispneia:

- **Morfina** em doses baixas associada ou não a benzodiazepínicos (midazolam)
- **Corticoides** (como anti-inflamatório na redução do edema peri-tumoral)
- **Anticolinérgicos** (no excesso de secreções)



Tratamento não farmacológico:

- ventilação mecânica não invasiva
- O₂
- manter boca húmida
- manter cabeceira elevada

DOR

Tratamento farmacológico:

- Opióides (**MORFINA**)
- Fentanil transdérmico




COLAPSO PERIFÉRICO

As perdas de função orgânica que se desencadeiam nesse processo levam ao colapso periférico, caracterizado por **palidez cutânea, taquicardia leve, pele fria e úmida e cianose periférica**. São comuns as alterações do padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e **períodos cada vez mais prolongados de apnéia**.

COLAPSO PERIFÉRICO

Os acessos periféricos tornam-se cada vez mais difíceis, e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas.



A maioria dos fármacos essenciais ao controle de sintomas nessa fase pode ser administrada por **vía SC**.

VIA SUBCUTÂNEA

Vantagens:

- pouco desconforto
- pouco agressiva
- menor risco de infecção sistémica

Desvantagens/Complicações da Via Subcutânea:

Podem surgir reacções a nível local:

- eritema
- prurido
- inflamação/ infecção
- dor

Permite:

Administrar medicação:

- em bolus,
- em perfusão contínua,
- hipodermoclise.

CUIDADOS ESPECIAIS

- Sinais inflamatórios ou dor
- Presença de sangue na tubuladura
- Sinais de extravasamento

VIA SUBCUTÂNEA

Locais de punção, regiões:

- ◆ subclavicular
- ◆ deltóidea
- ◆ faces anterior e lateral da coxa,
- ◆ região abdominal (peri-umbilical)
- ◆ escapular



Evitar: peles irradiadas, locais com: edema, inflamação, infiltração tumoral ou ulceradas.

VIA SUBCUTÂNEA

HIPODERMÓCLISE:

Máximo de **3000ml/dia** (até 1500ml num mesmo ponto)

Complicações: edema local, equimose e infecção

Permite administração de: SF 0,9%, Glicose em SF 5%, KCL e NaCL (desde que diluídos em volumes nunca inferiores a 100ml)

- os ritmos de infusão podem variar de 20 a 120 ml/h

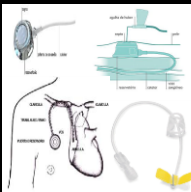
Como efectuar a punção SC:

- desinfectar a zona
- fazer uma prega com a mão não dominante (diminui dor)
- inserir a agulha com um único movimento, com o bisel para cima, num ângulo de 45° e no sentido da cabeça do doente
- soltar a pele do doente
- colocar penso transparente para melhor controlar a zona de punção

VIA SUBCUTÂNEA

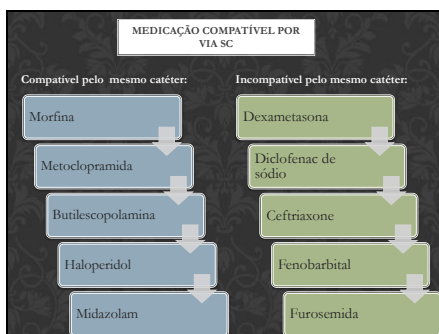
Implantofix

É um **catéter totalmente implantado** de longa permanência, aplicado (com técnica cirúrgica) no tecido subcutâneo da região torácica, sobre uma protuberância óssea e introduzido **em veias profundas**, para facilitar a aplicação de medicamentos e derivados sanguíneos (Procedimento n.º 1096.2)



VIA SUBCUTÂNEA





RONCO

- Caracteriza-se por uma respiração ruidosa, repleta de secreções.
- Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras secreções.
- É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

Tratamento farmacológico:
Anticolinérgicos (ex: escopolamina)

As aspirações repetidas das vias aéreas devem ser evitadas pelo desconforto que provocam.

ATTITUDES

Proporcionar cuidados APROPRIADOS, sem intervenções desnecessárias:

- Suspensão de medidas invasivas: infusões endovenosas, antibioterapia, transfusões, sondas
- Adaptar os cuidados ao doente: posicionamentos, aspiração, cuidados de higiene, alimentação, hidratação...
- Intensificar cuidados à família (COMUNICAÇÃO)



FOCOS DE ENFERMAGEM NO SAPE

- Imagem corporal
- Identidade pessoal
- Auto-estima
- Esperança
- Aceitação do estado de saúde
- Sofrimento
- Processo de luto
- Dignificação da morte

Considerações Finais

Os enfermeiros são formados para combater a morte. São responsáveis pelas suas práticas, pelo que dispõem de autonomia, e as mesmas, assentam valores e princípios éticos. Princípios que entram em conflito perante a agonia de um doente em final de vida.

O enfermeiro neste tipo de situação tem como **missão garantir uma morte digna**, assentando no controle dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais. Apoiando a família e o doente na aceitação e compreensão desse processo.

Educar para a morte, é urgente, devido ao crescente aumento de internamentos de pacientes por doenças incuráveis, degenerativas e doenças crónicas progressivas. **É necessário humanizar** os serviços hospitalares, criar condições humanas e organizacionais que promovam o relacionamento do enfermeiro com o doente e a família.

Referências Bibliográficas

- Associação Nacional de Cuidados Palliativos (2006). Organização de Serviços em Cuidados Palliativos - Recomendações da ANCP.
- Direcção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Palliativos.
- Manual de Cuidados Palliativos/academia nacional de Cuidados palliativos, Rio de Janeiro, Diagraphic, 2009.

Anexo 4

Questionário de avaliação da ação de formação

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

“Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes do cuidar no doente em agonia”

Data: 20/11/2012

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações. O preenchimento deste questionário é facultativo e mantido o anonimato. Agradeço a vossa colaboração.

Conteúdo programáticos	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
O tema tratado correspondeu as suas expectativas				
O conteúdo da ação correspondeu aos objetivos previstos				
Os objetivos da ação foram adequadamente definidos				
A ação proporcionou conhecimentos novos e úteis				

Avaliação do formador	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
Clareza da exposição				
Competências técnicas dos formadores				
Relacionamento com o grupo				
Despertaram o interesse nos formandos				
Utilização adequada de audiovisuais de apoio à formação				

Comentários:

Obrigada

Anexo 5

Avaliação da ação de formação

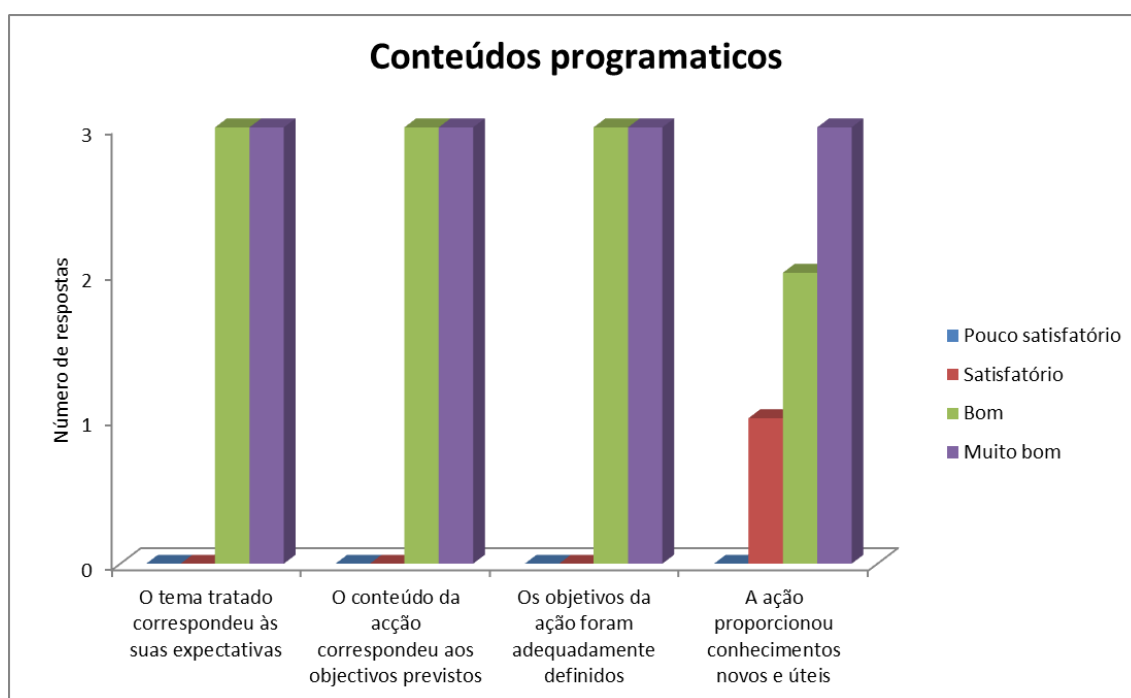


Avaliação da Ação de Formação: “Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia, em contexto de urgência”

A avaliação da Formação constitui o momento final da formação, que permite aos formandos exporem o seu parecer acerca da mesma. Desta forma após a realização da ação de formação realizada no dia 20 de novembro, acerca do tema “Pensar a morte nos cuidados de saúde: atitudes no cuidar do doente em agonia, em contexto de urgência”, foi disponibilizado a todos os formandos um questionário com o intuito de avaliar a pertinência da mesma em dois domínios fundamentais, em termos de conteúdos programáticos e metodologia do formador, desta forma, foi pedido que enquadrassem as questões segundo uma escala de 1 a 4, sendo que 1 correspondia a pouco satisfatório, 2 – satisfatório, 3 – bom e 4 – muito bom.

Durante esta ação de formação estiveram presentes seis formandos, o gráfico que se segue expressa o grau de satisfação dos mesmos relativamente aos domínios dos conteúdos programáticos.

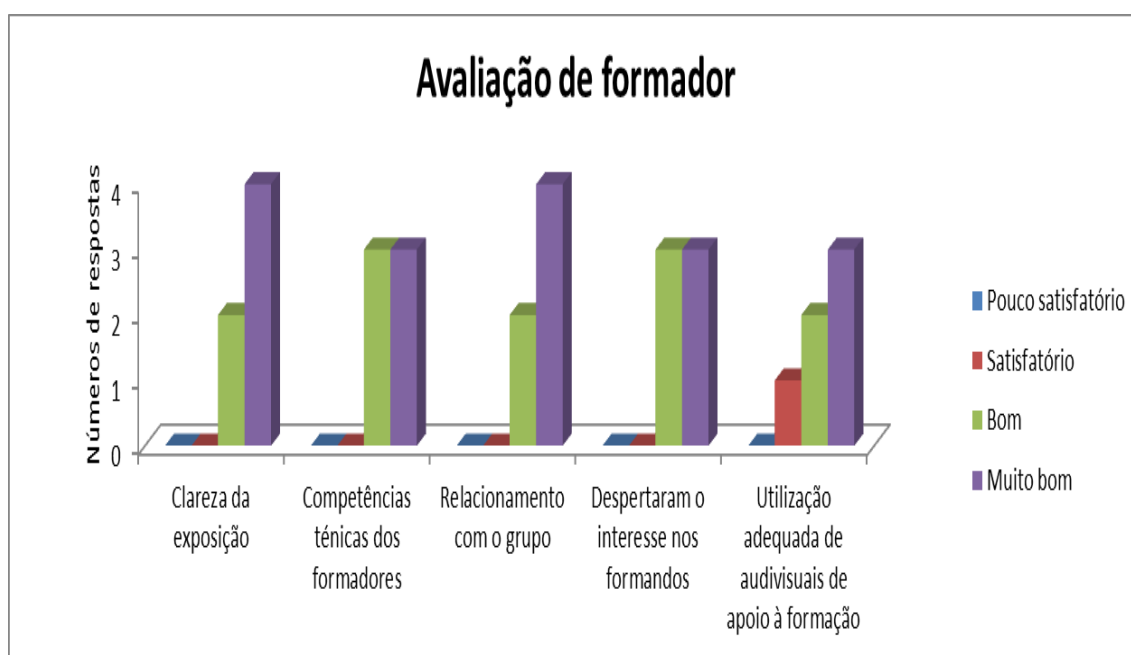
1. Avaliação dos Conteúdos Programáticos



De acordo com os dados ilustrados no gráfico quanto às expectativas do tema, 3 dos formandos classificaram como bom e 3 como muito bom. No que se refere aos objetivos previstos, 3 formandos classificaram como bom e 3 formandos como muito bom. Em 6 formandos, 3 qualificaram como bom os objetivos definidos para a ação de formação e 3 qualificaram como muito bom. Quanto aos conhecimentos adquiridos e úteis da formação, 1 formando considerou-os satisfatórios 3 formandos consideraram como bom e 3 formandos como muito bom.

Em seguida é explanado o gráfico que expressa o grau de satisfação referente à metodologia do formador.

2. Avaliação da Metodologia do Formador



A avaliação do formador assume relevância pois permite ao formador ter uma noção acerca do seu desempenho, ao observar o gráfico verificamos quanto à clareza da exposição do tema que 2 dos formandos classificam como bom e 4 formandos como muito bom. Referente às competências técnicas, 3 formandos qualificaram como bom e 3 formandos como muito bom, no relacionamento com o grupo, 2 formandos consideraram bom e 4 formandos muito bom. Quanto à capacidade em despertar o interesse nos formandos, 3 formandos como bom e 3 formandos como muito bom. Por fim referente a uma adequada utilização dos meios áudio visuais, 1 formando qualificou de satisfatório, 2 dos formandos qualifica em bom e 3 dos formandos em muito bom.

Anexo VII

Formação em serviço no Módulo III – INEM

“Transmissão de más notícias no contexto pré-hospitalar”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Transmissão de Más Notícias no Pré Hospitalar

Alunas: Rafaela Couto
Sandra Costa
Susana Martins

Porto, Junho 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA

Transmissão de Más Notícias no Pré Hospitalar

Formação INEM

Alunas: Rafaela Couto

Sandra Costa

Susana Martins

Porto, Junho 2012

*“Nem no espaço, nem nas profundezas do oceano,
nem nas montanhas mais escondidas, enfim!
Em nenhuma parte do mundo há o mínimo sítio
Em que a morte não nos vença!”*

Siddhart Gautama (Buda)

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	3
1. CONCEITO MORTE.....	5
2. COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS.....	9
3. ORIENTAÇÕES RELATIVAS À COMUNICAÇÃO DA MORTE	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
6. ANEXOS	19
ANEXO 1_PLANO DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO.....	21
ANEXO 2_PANFLETO DIVULGATIVO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO.....	25
ANEXO 3_APRESENTAÇÃO EM POWER POINT DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO.....	29
ANEXO 4_QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORMAÇÃO.....	39
ANEXO 5_AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO.....	43

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica incluído no modulo de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, o que permitiu aprofundar conhecimentos na área da comunicação de más notícias e Emergência Pré-Hospitalar mostrando-se como instrumento de avaliação do respetivo modulo. O tema abordado: transmissão de más notícias no pré-hospitalar, tem como finalidade compreender o processo de comunicação de más notícias e esboçar linhas de orientação de comunicação das mesmas, em contexto de trabalho no pré-hospitalar, no sentido de estruturar um agir mais eficiente e humanizado.

A comunicação de más notícias é uma realidade presente no quotidiano dos profissionais de saúde, integrando uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que suscita.

Comunicação é um conceito de ampla dimensão, é um processo de interação no qual partilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, é dinâmico e aberto. Ora o profissional de saúde, através da sua prática, no contacto diário, age como recetor, pela apreensão das mensagens significativas das doenças, ora como emissor, transmitindo atitudes, designadamente, atenção, compreensão e ajuda terapêutica.

As questões da interação e da comunicação ressaltam com mais evidência na situação de comunicação de más notícias, as quais poderão ser inquietantes pelo impacto físico, social e familiar que provocam, dificultando a relação entre doente e profissional de saúde.

Podemos definir como “má noticia” qualquer informação negativa que acarrete uma mudança drástica ou significativa nas perspectivas/expectativas futuras de vida de uma pessoa. Neste sentido, no âmbito da saúde existem inúmeras situações susceptíveis de serem consideradas “má noticia” como o diagnóstico de uma doença grave que envolva o risco de morte ou perdas de capacidades sem perspectiva de melhoria, por exemplo, doenças degenerativas ou doenças do foro psiquiátrico. Até o problema, que, à partida poderia ser simples, como o caso de um internamento repentino, ou mesmo uma doença aguda pode provocar um impacto na vida pessoal, familiar e profissional. São inúmeras situações em que os profissionais de saúde têm que

transmitir informações negativas com impacto violento a nível emocional para as quais não detêm preparação prévia.

Como a morte continua até hoje e na nossa cultura a ser um tabu, as pessoas em geral, incluindo os profissionais de saúde ainda não estão preparados para encará-la. Motivo pelo qual ninguém aprecia ser emissor de más notícias, é sempre uma situação delicada, promotora de stress e sofrimento, impondo na sua transmissão bastante diplomacia.

Este trabalho foi elaborado através do recurso a uma metodologia descritiva, apoiada em pesquisa bibliográfica, de referir que o mesmo é constituído por uma introdução, definição do conceito de morte, perspectivas da morte, comunicação de más notícias, orientações relativas à comunicação de morte e pelas considerações finais. E tem como objetivos abordar o conceito morte: analisar o conceito na sociedade e expor perspectiva sobre a morte, bem como, identificar algumas particularidades na comunicação de más notícias e estabelecer algumas orientações relativas à orientação da morte.

A elaboração do mesmo visa ainda desenvolver a capacidade de reflexão e de pensamento crítico, bem como de abstracção e aplicação dos conceitos teóricos ao contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. CONCEITO MORTE

A morte é talvez um dos mais antigos mistérios da humanidade e um dos maiores mistérios da vida, desperta no ser humano uma grande curiosidade e inquietação. Suscita varias interrogações para as quais as ciências e as religiões procuram encontrar respostas, na tentativa de suavizar a dor, a angústia e acalmar a ansiedade.

Observamo-la em todos os sítios, em qualquer ser vivo, e todos nós nos apercebemos que vamos morrer, só não sabemos quando, onde, ou de que modo.

Não estamos conscientes de todos os perigos que existem e que levam à morte, porque caso contrário estaríamos num estado de ansiedade paralisante que tornaria o quotidiano quase impossível. Ou seja, nós estamos defendidos e precisamos ser defendidos desses perigos, para podermos sobreviver, e esta defesa é chamada de negação existencial.

Abílio Oliveira e Lígia Amâncio (1999) consideram que “talvez ao aceitar a sua própria morte, e a dos outros, o ser humano possa atenuar a tristeza e diminuir a dor e o sofrimento que daí advém, encontrando um ponto de reflexão que o auxilie a melhor se conhecer, respeitar e viver, atribuindo uma maior importância a cada momento, aparentemente insignificante!” .

Julgamos que a sociedade de hoje já faz isto, pois aceita, mas prefere não falar sobre o fim da vida, prefere antes glorificar o momento presente. No entanto o estudo da morte é particularmente importante para os profissionais de saúde, pois afinal, são aqueles que mais contactam com situações de morte. Para eles muitas vezes, a morte é encarada como uma derrota, porque eles são responsáveis por a evitar a todo o custo. Também para eles é mais fácil ignorá-la, afastá-la dos seus pensamentos e emoções, falando dela às outras pessoas de uma forma eufemística, por exemplo, referindo doente que não reagiu positivamente ao tratamento prescrito, em vez de comunicarem a sua morte aos familiares e amigos.

Podem-se considerar quatro tipos de morte: psíquica, espiritual, social e biológica.

A morte psíquica é quando não se está completamente lúcido, quando não se está com as capacidades mentais bem ativas.

A morte espiritual resulta do crente pensar que a sua alma se encontra em estado de pecado mortal, de forma que, será condenado ao sofrimento eterno.

A morte social é quando há a separação, a rutura total com a família e sociedade. Na nossa sociedade, por exemplo, muitos delinquentes, prostitutas, homossexuais, desempregados, idosos, etc., são abandonados pelos familiares ou internados em hospitais, asilos, lares e isto porque discrimina-se todos aqueles que pelo seu comportamento, idade ou situação social e profissional não podem ser considerados pessoas de respeito ou de sucesso, sendo consideradas como perturbadoras da ordem e do modelo de vida socialmente aceites.

A morte biológica resulta da cessação das atividades vitais do nosso corpo físico, que rapidamente fica irreconhecível (entra em decomposição).

As nossas atitudes perante a vida e a morte ultrapassam as barreiras do biológico, do cultural e do inconsciente e exigem uma compreensão consistente. O facto de que, inevitavelmente, um dia vamos ter que enfrentar a morte, pode levar-nos a que possamos aprender a (re) valorizar o tempo, as ações, os aspetos positivos e até a valorizar as coisas mais simples da vida.

Nada é mais natural, universal e diariamente visível do que a vida e a morte. Tudo o que começa acaba de alguma maneira, e o que termina passa a ser outra coisa. Sendo assim, " A morte é necessariamente o encontro com o mais profundo de cada um e com os outros, sobretudo com o Além, com Deus" (Tavares, 1991).

Morrer é um facto biológico que ocorre no organismo desde que nascemos, mas do qual o sujeito tem ou não experiência. Quando o sujeito não tem experiência do morrer, o sujeito morre, mas sem estar a morrer, ou seja, por exemplo um indivíduo que é fulminado por um enfarte do miocárdio, o organismo morre e, com ele o sujeito desse organismo. Neste caso, e apesar de ser uma morte total, o sujeito morre pura e simplesmente, mas sem estar a morrer, porque não teve conhecimento de que estava a morrer. Pelo contrário, morre estando a morrer, aquele que tem a experiência de que a sua vida biológica, está próxima do seu fim, levando consigo, a sua vida biográfica, histórica, a sua vida de agente social. Sendo assim, morrer e estar a morrer são diferentes, porque enquanto no primeiro caso, o indivíduo não tem experiência de que está a morrer, no segundo caso, o indivíduo tem essa experiência, sendo estar a morrer de certa forma, um processo mental resultante da informação de que se vai deixar de viver próxima e inevitavelmente.

A morte, assim como a vida, é uma presença constante em tudo o que somos e o que nos rodeia. Falar da morte é difícil, porque queiramos ou não, sabemos que nascemos com um corpo para viver e para morrer inevitavelmente. Contudo, a ideia da morte é diferente, ao pensarmos em nós próprios ou nos outros que nos são próximos. A nossa experiência do morrer não é comparável á

experiência do morrer dos outros mesmo que se trate da morte de pessoas muito próximas e cujo desaparecimento nos provocará uma prolongada dor. Daí que a experiência de estar a morrer só se adquire, se é que se adquire, quando estamos a morrer e seria necessário estar a morrer e saber que morremos para que pudéssemos falar da experiência da própria morte (Hennezel, 1997).

A atitude perante a expectativa da nossa morte, surge do conhecimento de que havemos de morrer um dia e da experiência direta ou indireta do morrer dos outros, sendo de certa forma uma construção imaginária sobre o que poderá ser “o morrer”. Existe uma diferença significativa entre a atitude face á expectativa da morte e a atitude na morte. Porque no primeiro caso, é a atitude face ao que imaginamos que terá de suceder e no segundo caso, é a atitude tida face ao sucedido que imaginávamos. Na realidade trata-se de dois fatos distintos, enquanto no primeiro caso é uma representação e no segundo é uma apresentação. Um mesmo indivíduo não adota uma atitude idêntica perante o saber que no futuro tem de morrer, como perante o facto de que já, agora, dentro de dias (por exemplo) vai morrer.

Portanto, a “ expectativa da morte é uma vivência do morrer imaginado, e representamo-nos a morrer; a atitude perante a morte deriva da vivência do morre empírico, do estar a morrer” (Castilla, 1995).

A expectativa que cada um tem da morte, possui uma componente sociocultural, uma vez que vivemos em sociedade e esta influencia a construção que cada um elabora acerca do seu morrer. Quando nos imaginamos a morrer, representamo-nos a morrer, ou seja, vemo-nos a morrer, porque não nos imaginamos a morrer agora, mas sim num futuro distante e impreciso. Segundo Castilla (1995) existem quatro atitudes básicas perante a expectativa da morte:

- Medo;
- Angústia;
- Negação;
- Afirmação;

Medo á morte, esta atitude deriva do temor á morte como entidade, ou seja, a morte é temível porque é vivida dramaticamente, como algo que nos vem tirar a vida de qualquer forma. O indivíduo muitas vezes “vê-se” como que apanhado “pela morte” E este temor aparece geralmente antes de o indivíduo adormecer, quando está na escuridão, porque a morte está intimamente associada ao sinistro, ao oculto, ao ameaçador; além do mais, “como alguém com

um poder sobre-humano ante o qual o sujeito se vivência com a máxima debilidade” (Castilla, 1995). Muitos adultos têm uma atitude de pânico face á eventualidade de dormirem completamente às escuras, e pedem muitas vezes, se acordarem de noite, para serem colocados em contacto com os objetos habituais que são sinais inequívocos de que vivem.

Angústia perante a morte, muitas vezes a expectativa da morte é angustiante pela sua própria indefinição, “vinculada à incerteza temporal e representativa do morrer e do que isto pode representar”. Neste caso, a morte já não é imaginada como alguém, mas como algo ou um acontecimento inevitável que conduz ao nosso desaparecimento do mundo (Castilla, 1995).

A denegação da morte, esta atitude consiste em evitarmos a morte mediante alguns artifícios e vivendo como se este facto nada tivesse a ver connosco, isto é, como se nunca acontecesse. Na cultura ocidental, é uma situação praticamente comum a todos, sendo mantida em prolongados espaços de tempo, mas não sempre. Não é uma negação singular da morte, porque não se deixa de aceitar o facto da nossa morte, mas é como uma atitude de negação emocional.

A afirmação da morte, é uma atitude em que sobressai uma “ fantasia de onipotência do self, uma imagem de si próprio grandioso e exultante, contrariamente aos outros, para quem a morte aparece como todo – poderosa e invencível e desde logo como entidade ou acontecimento temível”. É uma imagem do “valente perante a morte” que faz considerações desprezíveis do facto do próprio morrer e que implicam tacitamente, o realce da sua imagem perante si e perante os outros.

A atitude perante a morte, perante o facto de já estar a morrer e de se saber moribundo, ou de que se pode morrer de imediato é uma vivência única, que muitas vezes obtemos diretamente do sujeito na agonia da morte e através de uma inferição.

A postura perante a morte depende e apesar de que o que morre é o corpo, de quem morre (quem realmente deixa de existir) é alguém, um sujeito, que soube quem era, quem havia chegado a ser, quem havia sido, quem tinha podido chegar a ser, quem não foi.

O corpo é uma condição necessária para a construção do indivíduo a todos os níveis, porque só com o corpo é possível ser alguém, e uma vez tendo sido alguém, esse alguém deve manter-se, reconstruir-se, aperfeiçoar-se. Quando o indivíduo perde o corpo – o que morre, deixa de existir como sujeito, que é quem morre.

2.COMUNICAR MÁS NOTICIAS

O profissional de saúde eficiente é visto como aquele que consegue resolver as situações difíceis de modo a obter um final feliz. Nesta perspectiva torna-se extremamente difícil transmitir más notícias. A grande dificuldade reside em encarar alguém dizendo-lhe algo que pessoalmente consideram penoso e que irá causar sentimentos de dor e desespero. Ainda hoje, os profissionais de saúde negligenciam o seu dever de informar, deixando que outras pessoas, nomeadamente familiares, o façam, salvo quando os mesmos preferem transmitir essa informação.

Apesar de ser comum atribuir ao médico a responsabilidade de dar más notícias, há outros profissionais de saúde que desempenham papéis importantes. Dada a sua pertinência junto dos doentes, a sua posição hierárquica ou a facilidade em penetrarem no seu universo simbólico, os enfermeiros estabelecem uma relação de proximidade com os doentes que lhes permite dispor de informações uteis (Thelan, 1994).

A comunicação de “más notícias” está sempre relacionada com situações que “modificam radical e negativamente a ideia que o doente faz do seu futuro”. Associa-se normalmente a uma situação de perda, definida “ [...] como a retirada ou a ausência de um objeto ou sujeito importantes na vida de um indivíduo”. Os principais protagonistas das “más notícias” são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família.

Assim, a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; ninguém gosta de ser mensageiro de más notícias, pois “[...] transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita diplomacia”. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Estes medos associam-se principalmente: “ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades”; “medo de expressar uma reacção emocional”; “medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas”; “medos pessoais acerca da doença e da morte”, “medo das reacções do doente e família”.

Estes aspectos conduzem muitas vezes a mecanismos de fuga nos profissionais, e “[...] devido ao medo de serem agredidos verbalmente, comunicam frequentemente de uma forma menos cuidada e menos simpática”. Por outro lado, os profissionais encaram, por vezes, estas notícias,

como um sinónimo de fracasso, numa sociedade em que se tem verificado uma grande evolução tecnológica e científica nas ciências da saúde, associada a um aumento da esperança de vida o que incute uma ideia de imortalidade.

Esta mesma evolução conduz os profissionais a valorizarem cada vez mais o tecnicismo, as intervenções relacionadas com o tratamento perdendo de vista a dimensão psicossocial do doente, isto é, “[...] com o desenvolvimento das ciências e a compartimentação do saber, as disciplinas médicas foram-se autonomizando, ganhando em precisão e tecnologia e perdendo em misticismo.

Contudo, a auréola mística mantém-se e manter-se-á em torno do Homem e em torno de tudo a que ele diz respeito, pois o Homem para além do corpo material animado é também corpo espiritual [...]. Mais importante do que o tratamento da doença, configurada também na consciência do sujeito, é o tratamento da consciência da doença”. Neste contexto, a comunicação é afetada, pois os processos de comunicação esvaziam-se de conteúdo, desencadeando mecanismos de fuga, utilização de eufemismos, para não se correr riscos de falta de transparência e omissão. Tudo isto pode trazer efeitos no processo de luto do doente e família, confirmando que uma comunicação eficaz reduz as incertezas, os medos e constitui uma ajuda fundamental na aceitação da doença e participação activa em todo o processo de tratar/cuidar.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde apreendam as suas dificuldades e representações, pois conforme referido os mecanismos de fuga estão relacionados muitas vezes com os seus próprios medos e receios face às situações consideradas difíceis. Surge então a designada “sensação de espelho”, isto é, a imagem de si próprios na mesma situação, preferindo afastar o problema para não o viver e deste modo, “[...] tornamo-nos incapacitados e vulneráveis às nossas próprias emoções”, não conseguindo dar o apoio necessário.

Não há dúvida que a informação é fundamental para ajudar as pessoas a enfrentar e lidar com situações patológicas associadas a uma ameaça severa. Actualmente, no nosso País a necessidade de informação ao doente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) e no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84º. Os doentes têm direito ao consentimento livre e esclarecido, fundamental antes de qualquer intervenção para assegurar a capacidade e a autonomia de decidirem sobre si próprios.

Contudo, parece-nos poder afirmar que a questão principal dos profissionais de saúde, não é informar os doentes, mas saber como, quando e quanto se deve revelar determinada dessa

informação, principalmente se esta é uma “má notícia”. O acto de informar não é simples, constituindo-se num dilema ético para os profissionais de saúde. Este deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da autonomia, princípio da justiça e o princípio da não maleficência, aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa humana e pela sua autonomia.

A responsabilidade de dar más notícias deve residir no membro da equipa junto do qual o destinatário se sente mais confortável. O que quer dizer que qualquer membro da equipa de saúde deve estar preparado para dar informações na altura em que o doente estiver preparado para isso, mesmo que essa informação revele uma ameaça de vida, salvo o que diz respeito a alguns diagnósticos clínicos que preferencialmente devem ser transmitidos pelo médico.

A transmissão está profundamente relacionada com o respeito pela autonomia e, se não for adequadamente efectuada, muitos doentes terão uma base insuficiente para a tomada de decisão. Tem-se observado nos últimos anos uma mudança face à atitude perante a verdade: passou-se da discussão de dizer ou não para a questão de o que dizer, quando e como o dizer

Existem diversos obstáculos à comunicação de más notícias e que são, entre outros, resultado de diversos medos dos profissionais de saúde bem como da sua atitude face à doença/morte.

Apesar de não existirem palavras certas para dar más notícias, existem vários princípios (técnicas) que permitem que as más notícias possam ser dadas de uma forma mais sensível e ajustada ao doente. Estas técnicas envolvem aspectos da comunicação verbal e não-verbal e podem ser aprendidas e treinadas.

3. ORIENTAÇÕES RELATIVAS À COMUNICAÇÃO DA MORTE

A transmissão de más notícias provoca habitualmente perturbação, tanto a quem as recebe como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reação emocional intensa, por exemplo lágrimas e cólera. Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, é sempre uma situação difícil e geradora de stress, bem como sofrimento.

Ora o Enfermeiro que exerce atividade no pré hospitalar, por si só, já possui um ambiente de trabalho que causa desgaste emocional e físico, sendo ainda mais difícil fazer uma gestão da informação.

A comunicação da morte é sem dúvida um momento complicado, que familiares ou amigos jamais conseguem esquecer, de facto não existem regras e algumas situações são particularmente mais difíceis de lidar. Sendo muitas vezes frequente que a informação seja até transmitida de uma forma não-verbal, através da expressão facial, o contacto nos olhos, a postura e o toque.

O que pretendemos é enumerar algumas indicações que poderão ajudar nesta comunicação.

Como começar:

- Obter o tempo fundamental para conversar com a família/amigos da vítima;
- A privacidade é valorizada;
- Apresentar – se dizendo o nome e dando um aperto de mãos;
- Se possível sentar-se, indica que tem tempo para escutar;
- Estabelecer contacto visual;
- Pensar previamente como se vai comunicar;
- Preferencialmente escolher um familiar ou uma pessoa próxima (a mais calma);
- Escolher um local;
- Falar de forma clara / não apressada;
- Não usar termos médicos incompreensíveis;
- Não usar frases vagas;
- Usar as palavras “Morto/a” ou “Morte” – Tudo o que for vago pode ser uma esperança;
- Responder às perguntas de forma clara;

- Recolher alguma informação se necessário;
- Ter atenção ao comportamento da equipa;
- Permitir ao familiar fazer o que achar apropriado:
 - Estar junto da vítima;
 - Permitir o seu espaço ;
 - Chorar se precisar, etc.;
- Proporcionar alguma forma de conforto/ajuda.

Sempre sem se esquecer de si próprio e da equipa, acima de tudo honestidade e bom senso.

O papel do enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica não se reduz apenas em alcançar conhecimentos para o cumprimento de atividades técnicas, por mais complexas que sejam, e ao manejo de tecnologia rebuscada, baseado em saberes científicos em constante atualização.

Como futuras enfermeiras especialistas, refletimos acerca do relacionamento entre doente e família, e aprofundamos conhecimentos sobre a comunicação, promovendo a relação de ajuda na prestação de cuidados de excelência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros são responsáveis pelas suas práticas, pelo que dispõem de autonomia assente em valores e princípios éticos – e nas competências profissionais – responsabilidade legal.

O desenvolvimento de competência comunicacional surge como fundamental para um melhor cumprimento na prática de cuidados. A informação ocupa um espaço essencial na relação entre o profissional de saúde e o doente/família e, em si mesma não tem aspetos negativos ou positivos.

Tudo isto tem mais atenção quando estamos perante a comunicação de uma má notícia em saúde. A comunicação/informação de más notícias continua a ser uma área delicada e complexa, contudo uma comunicação aberta e apropriada permite uma melhor adaptação à situação em causa.

Este trabalho constitui, mais do que um critério avaliativo, uma experiência enriquecedora na medida em que contribuiu para uma reflexão cuidada da nossa prática, aumentando os nossos conhecimentos e o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abílio e Lígia Amâncio (1999) *Psicologia vol. XII*, p. 213 – 235
- Buckman, R. (1984) *Breaking bad news: Why is still so difficult?* BJM 288. P.1597-1599
- Castilla (1995) *Ciúmes, Loucura, Morte*. Madrid: Temas de Atualidade de Editora
- Correia, M. (2004) *Ser Portador de Más Noticias*. Revista Sinais Vitais. Numero 55. P. 53-55
- Domingos, A. (2005) *O Enfermeiro na Transmissão de Más Noticias*. Revista AESOP. Volume IV, Numero 17. p. 30-33
- Hennezel, M. (1997) *Diálogo Com A Morte. Os que vão morrer ensinam-nos a viver*. 2ªed. Lisboa. Editorial Notícias
- Hennezel, M. (2000) *Nós não nos Despedimos. Uma Reflexão sobre o Fim da Vida*. Lisboa. Editorial Notícias
- Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto)
- Magalhães, J. (2005) *Comunicação em Cuidados Paliativos – Transmissão de Más Noticias*. Servir. Número 53. P. 219-255
- Parente, P. (1998) *Ética nos Cuidados de Saúde*. Coimbra. Formação e Saúde,Lda
- Pereira, M. (2008) *Comunicação de Más Noticias e Gestão de Luto*. Formasau – Formação e saúde,Lda. p. 47-102
- Twycross, R. (2003) *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa. p. 37-47

ANEXOS

ANEXO 1
PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: *Transmissão de Más Notícias no Pré-Hospitalar*

Grupo-alvo: Enfermeiros do INEM - Zona Norte

Local: Auditório da Delegação Regional do INEM Norte

Data: 20/06/2012

Hora: 10 Horas

Realizado por: Rafaela Couto, Sandra Costa e Susana Martins

Objetivos Gerais:

- Abordar o conceito morte e o processo de morrer;
- Transmitir más notícias.

Objetivos Específicos:

- Analisar o conceito na sociedade;
- Expor perspectiva sobre morte;
- Identificar algumas particularidades na comunicação de más notícias;
- Enumerar algumas orientações relativas à comunicação da morte.

Etapas	Conteúdo	Estratégia	Recursos	Tempo¹
Introdução	Apresentação dos elementos. Apresentação do tema e a justificação do mesmo.	Método expositivo	Meios áudio visuais	5 minutos
Desenvolvimento	Conceito de Morte. Perspetiva da Morte. Comunicar Más Notícias. Orientações relativas à Comunicação da Morte.	Método expositivo	Meios áudio visuais	25 minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas. Partilha de Experiências entre Colegas.	Método participativo/interactivo.	Meios áudio visuais	10 minutos
Avaliação	Desempenho	Questionário	Suporte papel	5 minutos

¹Poderá haver ajuste nos intervalos de tempo delineados, consoante as intervenções e solicitações do grupo.

Os meios áudio visuais a serem utilizados serão o computador e projetor multimédia

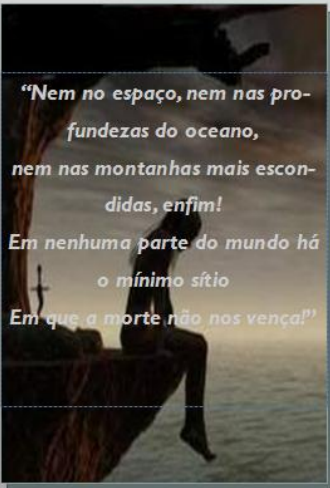
ANEXO 2

PANFLETO DIVULGATIVO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Transmissão de Más Noticias

Agradecemos a presença de todos os Enfermeiros.

Contactos: rafaelacouto@msn.com
sandra.s.m.costa@gmail.com
Susana.amelia.martins@gmail.com




“Nem no espaço, nem nas profundezas do oceano, nem nas montanhas mais escondidas, enfim! Em nenhuma parte do mundo há o mínimo sítio em que a morte não nos vença!”

Realizado por:
 Estudantes do 5.º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médica Cirúrgica
 Rafaela Couto
 Sandra Costa
 Susana Martins



Transmissão de Más Noticias



Auditório da Delegação Regional do INEM Norte

Transmissão de Más Noticias No Pré-Hospitalar

A transmissão de más notícias provoca habitualmente perturbação, tanto a quem as recebe como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reação emocional intensa, por exemplo lágrimas e cólera. Por este motivo, ninguém gosta de ser portador de más notícias, é sempre uma situação difícil e geradora de stress, bem como sofrimento.

Ora o Enfermeiro que exerce atividade no pré hospitalar, por si só, já possui um ambiente de trabalho que causa desgaste emocional e físico, sendo ainda mais difícil fazer uma gestão da informação.

Assim esta formação tem como finalidade fornecer aos profissionais de saúde presentes algumas orientações que possam melhorar este processo, partilhar conhecimentos e experiências entre todos.

Programa

Tema: Transmissão de Más Noticias no Pré-Hospitalar
Grupo-alvo: Enfermeiros do INEM
Local: Auditório da Delegação Regional do INEM Norte
Data: 20/06/2012

Objetivos

Objetivos Gerais e Específicos:

- Abordar o conceito morte;
- Analisar o conceito na sociedade;
- Expor perspectiva sobre a morte.
- Transmitir más notícias;
- Identificar algumas particularidades na comunicação de más notícias;
- Estabelecer algumas orientações relativas à orientação da morte.

Conteúdos

- Apresentação do Tema e Justificação do mesmo;
- Conceito de Morte;
- Perspetiva da morte: o morrer e o estar a morrer;
- Comunicar Más Noticias;
- Orientações relativas à Comunicação da Morte;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Partilha de Experiências entre Colegas.

ANEXO 3
APRESENTAÇÃO EM POWER POINT DA AÇÃO DE
FORMAÇÃO



CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



Transmissão de Más Notícias no Pré-Hospitalar

Rafaela Couto, Sandra Costa e Susana Martins


CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- Apresentação do tema e justificação do mesmo
- Conceito de morte
- Perspetiva da morte: o morrer e o estar a morrer


OBJETIVOS

- **Gerais**

- ⇒ Abordar o conceito morte e o processo de morrer
- ⇒ Transmitir más notícias



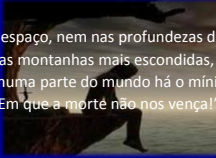
- Comunicar más notícias
- Orientações relativas à comunicação da morte
- Esclarecimento de dúvidas
- Partilha de experiências entre colegas



- **Específicos**

- ⇒ Analisar o conceito na sociedade
- ⇒ Expor perspetiva sobre a morte
- ⇒ Identificar algumas particularidades na transmissão de más notícias
- ⇒ Enumerar algumas orientações relativas à comunicação da morte

A MORTE



“Nem no espaço, nem nas profundezas do oceano,
 nem nas montanhas mais escondidas, enfim!
 Em nenhuma parte do mundo há o mínimo sítio
 Em que a morte não nos vençal”

Siddhart Gautama (Buda)

A MORTE

- ➔ Desperta no ser humano uma grande curiosidade e inquietação e suscita várias interrogações
- ➔ Não estamos conscientes de todos os perigos que existem e que levam à morte

NEGAÇÃO EXISTENCIAL

Morrer é um facto biológico que ocorre no organismo desde que nascemos, mas do qual o sujeito tem ou não experiência.

- ✓ **Quando o sujeito não tem experiência do morrer:** o sujeito morre, mas sem estar a morrer, ou seja, por exemplo um indivíduo que é fulminado por um enfarte do miocárdio, o organismo morre e, com ele o sujeito desse organismo.
- ✓ **Morre estando a morrer:** aquele que tem a experiência de que a sua vida biológica, está próxima do seu fim, levando consigo, a sua vida biográfica, histórica, a sua vida de agente social.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Contacto com situações de morte
- Morte como uma derrota
- Ignoram e afastam a morte dos seus pensamentos e emoções
- Falam dela de forma eufemística

A morte, assim como a vida, é uma presença constante em tudo o que somos e o que nos rodeia.

- ✓ A ideia da morte é diferente, ao pensarmos em nós próprios ou nos outros que nos são próximos. A nossa experiência do morrer não é comparável a experiência do morrer dos outros.
- ✓ A atitude perante a expectativa da nossa morte, surge do conhecimento de que havemos de morrer um dia e da experiência direta ou indireta do morrer dos outros - **construção imaginária sobre o que poderá ser o "morrer"**.

PERSPETIVA DA MORTE

O facto de que, **inevitavelmente**, um dia vamos ter que **enfrentar** a morte, pode levar-nos a que possamos aprender a (re) valorizar o tempo, as ações, os **aspectos positivos** e até a valorizar as coisas mais **simples da vida**.

A expectativa que cada um tem da morte, possui uma componente sociocultural, uma vez que vivemos em sociedade e esta influencia a construção que cada pessoa elabora acerca do seu morrer.

- ✓ Existem quatro atitudes básicas perante a expectativa da morte:
 - Medo
 - Angústia
 - Negação
 - Afirmação

• Medo à morte

- Deriva do temor à morte como entidade, ou seja, é vivida dramaticamente, como algo que nos vem tirar a vida.
- Este temor aparece geralmente antes do indivíduo adormecer, quando está na escuridão, porque a morte está intimamente associada ao oculto, ao ameaçador, ao sinistro.

• A afirmação da morte

- É uma atitude em que sobressai uma "fantasia de onipotência do self, uma imagem de si próprio grandioso e exultante.
- É uma imagem do "valente perante a morte" que faz considerações desprezíveis do facto do próprio morrer e que implicam, tacitamente, o realce da sua imagem perante si e perante os outros.

• Angústia perante a morte

- Muitas vezes a expectativa da morte é angustiante pela sua própria indefinição e incerteza.
- Neste caso, a morte já não é imaginada como alguém, mas como algo ou um acontecimento inevitável que conduz ao nosso desaparecimento do mundo.

"... talvez ao aceitar a sua própria morte, e a dos outros, o ser humano possa atenuar a tristeza e diminuir a dor e o sofrimento que daí advém, encontrando um ponto de reflexão que o auxilie a melhor se conhecer, respeitar e viver, atribuindo uma maior importância a cada momento, aparentemente insignificante!"

Abílio Oliveira e Lígia Amâncio

• A negação da morte

- Consiste em evitar a morte mediante alguns artifícios e vivendo como se este facto nada tivesse a ver conosco, isto é, como se nunca acontecesse.
- Não é uma negação singular da morte, porque não se deixa de aceitar o facto da nossa morte, mas é como uma atitude de negação emocional.

COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

- **MÁ NOTÍCIA:** qualquer informação que pode alterar drasticamente a perspectiva sobre o futuro da pessoa.

- Diagnóstico
- Prognóstico
- Morte
- Exames/análises
- Invalidez/amputação
- ...



MÁS NOTÍCIAS

Os medos...
dos doentes e...
dos profissionais de saúde...

**MÁS NOTÍCIAS**

- ✓ A maioria das pessoas quer saber
- ✓ A relação profissional de saúde/doente fica fortalecida
- ✓ Reforça a adesão terapêutica
- ✓ Permite aos doentes planear o futuro

MEDOS DOS DOENTES

- Morte
- Desconhecido
- Solidão
- Angústia/ansiedade/tristeza
- Perda da auto-imagem
- Perda da auto-estima
- Dor e sofrimento
- Perda do sentido do futuro
- Estigma social

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

- ✓ Devemos permitir: tempo, reacções, silêncio, toque, questões.
- ✓ Devemos evitar: pressa, protecção, banalidade, falsa simpatia, eufemismos.
- ✓ O local deve ser: privado, sem interrupções, tranquilo, agradável.

MEDOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Impotência
- Produção de reacções por parte dos doentes
- Culpa
- Sofrimento "por simpatia"
- Expressão de sentimentos
- Medos pessoais
- Hierarquia profissional

O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

- ✓ Preparação prévia
- ✓ Estabelecer contacto inicial mostrando respeito
- ✓ Chamar a pessoa pelo nome
- ✓ Atenção à comunicação não verbal
- ✓ Dar tempo
- ✓ Ser directo, aberto e agradável

O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

- ✓ Averiguar se o doente/família sabe o propósito da conversa
- ✓ Notícia de esperança para o profissional de saúde pode ser má notícia para o doente
- ✓ Verificar o que o doente já sabe
- ✓ Não tranquilizar de forma superficial

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

2. *Avaliar o que o doente já sabe*
- saber o que já foi dito e como foi entendido pelo doente
 - identificar emoções vividas
 - responder com respeito a esses sentimentos

O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

- ✓ Assegurar-se que o doente assimilou a informação
- ✓ Disponibilidade efectiva
- ✓ Rever os nossos próprios sentimentos antes de falar com o doente

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

3. *Perceber o que é que o doente quer saber*
- direito à verdade/direito a não querer saber
 - a mesma informação é trabalhada sempre de forma diferente pelos doentes
 - oferecer informação, mais do que impor
 - respeito pelas preferências do doente
 - rever acontecimentos anteriores de relevo para os doentes

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

1. *Proporcionar ambiente adequado*
- preparar o encontro
 - estruturar a conversa
 - preparar ambiente físico
 - criar um ambiente emocionalmente correto

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

4. *Partilhar informação*
- uso de estratégias educacionais básicas
 - I. adaptação da informação às necessidades do doente
 - II. Avaliar sistematicamente a compreensão do que foi dito
 - III. Clarificar más interpretações

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

5. Responder às reações do doente

- permitir e responder às emoções do doente
- partilhar emoções
- silêncio terapêutico
- toque

Protocolo de más notícias

- Descobrir o que o doente sabe
- Descobrir o que o doente quer saber e quanto esta preparado para saber
- Partilhar a informação
- Responder aos sentimentos do doente

Bukamn, 1993

OS SEIS PASSOS PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

6. Planear e acompanhar

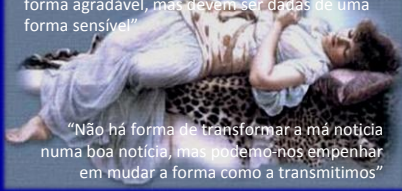
- resumir os assuntos abordados
- elaborar plano de seguimento
- rever planos futuros
- fazer "contrato"

COMUNICAÇÃO DA MORTE

- ✓ Momento particularmente complexo
- ✓ Momento que os familiares nunca esquecem
- ✓ Forma de lidar com o assunto é também complexa para toda a equipa
- ✓ Situações particularmente + difíceis

NÃO EXISTEM REGRAS

"As más notícias não podem ser dadas de uma forma agradável, mas devem ser dadas de uma forma sensível"



"Não há forma de transformar a má notícia numa boa notícia, mas podemos-nos empenhar em mudar a forma como a transmitimos"

ALGUMAS ORIENTAÇÕES

- ✓ Pensar previamente como se vai comunicar
- ✓ Escolher um familiar (+ próximo + calmo)
- ✓ Escolher um local
- ✓ Falar de forma clara / não apressada

- Não usar termos médicos incompreensíveis
- Não usar frases vagas
- Usar as palavras “Morto/a” ou “Morte”



**TUDO O QUE FOR VAGO PODE SER
UMA ESPERANÇA**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ✓ O desenvolvimento de **competência comunicacional** surge como fundamental para um **melhor cumprimento** na prática de cuidados. A **informação** ocupa um espaço **essencial** na **relação** entre o **profissional de saúde** e o **doente/família** e, em si mesma não tem aspetos negativos ou positivos.
- ✓ Tudo isto tem mais atenção quando estamos perante a comunicação de uma **má notícia** em saúde. A comunicação/informação de más notícias continua a ser uma área **delicada e complexa**, contudo uma comunicação **aberta e apropriada** permite uma melhor **adaptação** a situação em causa.



TIRO DE AVISO

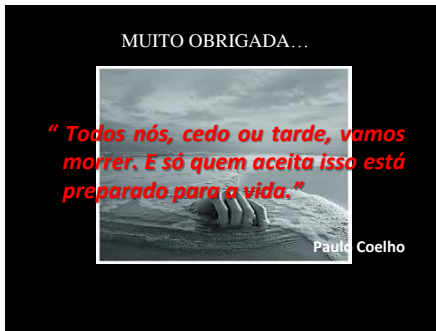
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PEREIRA, M. (2008) *Comunicação de Más Notícias e Gestão de Luto*. Formasau – Formação e saúde.Lda. p. 47-102
- TWYLCROSS, R. (2003) *Cuidados Paliativos*, 2ª Ed. Lisboa. p. 37-47
- Abílio e Lígia Amâncio (1999) *Psicologia vol. XII*, p. 213 – 235
- CASTILLA (1995) *Ciúmes, Loucura, Morte*. Madrid: Temas de Atualidade de Editora

- ✓ Responder às perguntas de forma clara
- ✓ Recolher alguma informação se necessário
- ✓ Ter atenção ao comportamento da equipa
- ✓ Permitir ao familiar fazer o que achar apropriado
 - Estar junto da vítima
 - Estar sozinho
 - Chorar etc.

Proporcionar alguma forma de conforto/ajuda





ANEXO 4
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

“ Comunicação de Más Notícias no Pré-Hospitalar”

Data:20/06/2012

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações. O preenchimento deste questionário é facultativo e mantido o anonimato. Agradecemos a vossa colaboração.

Conteúdo programáticos	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
<input type="checkbox"/> O tema tratado correspondeu as suas expectativas				
<input type="checkbox"/> O conteúdo da ação correspondeu aos objetivos previstos				
<input type="checkbox"/> Os objetivos da ação foram adequadamente definidos				
<input type="checkbox"/> A ação proporcionou conhecimentos novos e úteis				

Avaliação dos formadores	1 Pouco satisfatório	2 Satisfatório	3 Bom	4 Muito bom
Clareza da exposição				
Competências técnicas dos formadores				
Relacionamento com o grupo				
Despertaram o interesse nos formandos				
Utilização adequada de audiovisuais de apoio à formação				

Comentários:

Obrigada

ANEXO 5
AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

AValiação da Ação de Formação

Após a realização da acção de formação efectuada no dia 20 de Junho, sobre o tema “Transmissão de Más Noticias no Pré Hospitalar”, foi colocado à consideração dos formandos um questionário que pretendia avaliar a pertinência da mesma em termos de conteúdo e metodologia. Durante a acção, e apesar da pertinência do tema, puderam estar presentes apenas dois formandos.

O questionário foi organizado em duas grandes partes, uma primeira que remete para a avaliação da acção de formação e outra para a avaliação dos formadores. Aos formandos foi-lhes pedido que enquadrassem as questões segundo uma escala de 1 a 4, sendo que 1 correspondia a pouco satisfatório, 2 – satisfatório, 3 – bom e 4 – muito bom.

Em relação a avaliação da acção de formação propriamente dita foram colocadas quatro questões às quais a resposta foi unanime, todos os itens foram classificados com a nota máxima. No que diz respeito à avaliação do desempenho dos formadores, também aqui a classificação atribuída pelos formandos nas cinco questões colocadas foram de muito bom.

Apesar de estarem apenas dois formandos presentes, a avaliação da acção de formação é extremamente positiva. A abordagem dos assuntos foi de encontro ao pretendido e o espaço aberto à partilha de experiências contribuiu fortemente para o seu sucesso.