



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA A VIVENCIAR PROCESSOS DE TRANSIÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Luísa Maria Rocha Afonso

Lisboa, Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Luísa Maria Rocha Afonso
Sob orientação da Professora G. Marques da Gama

Lisboa, Fevereiro de 2013

RESUMO

A enfermagem vista como uma ciência, disciplina e profissão procura responder aos desafios da sociedade em constante mudança e progresso através do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio e facultando aos enfermeiros formação de forma a encontrarem respostas adequadas e em tempo oportuno às novas solicitações. A crescente complexidade dos cuidados implica um aumento contínuo de conhecimentos, por parte do enfermeiro, de modo a permitir-lhe tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados prestados à pessoa, família e comunidade. A enfermagem é cada vez mais exigente e complexa. Com a mudança radical no sistema de saúde, a grande falta de enfermeiros nos últimos anos, o envelhecimento da população e as pessoas a recorrerem aos serviços de saúde cada vez mais em estado crítico e por períodos mais longos vão ter implicações na enfermagem. O enfermeiro dá resposta a pessoas cada vez mais exigentes, e conseqüentemente também é exigido mais ao enfermeiro, em que tem de ter um papel mais ativo no processo de tomada de decisão, maior responsabilidade e autonomia (Patrick in Howard, 2011).

Pelo papel social que o enfermeiro detém e exerce, é-lhe exigido atualização constante dos seus saberes e formas de enquadramento na ação construindo percursos de desenvolvimento profissional, neste caso de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica. Alicerçado numa lógica de reconhecimento de um manancial de competências, com experiência profissional baseada na prática reflexiva e em momentos formais de aquisição de conhecimentos sustentados na prática baseada na evidência podendo assim garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O presente relatório expõe na 1ª parte a revisão sistemática da literatura e na 2ª parte a análise reflexiva do percurso curricular e competências desenvolvidas face às necessidades da pessoa e família em situação crítica no contexto de um serviço de urgência central e de uma consulta de cuidados paliativos. Os pilares teóricos que sustentaram as minhas intervenções ao longo dos estágios realizados foram o Modelo de Transição de Afaf Meleis (2000) e a Teoria do Conforto de Kolkaba (1994).

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, atende pessoas em processo de transição, em especial na situação de doença crítica. Ao longo do estágio foi valorizada a pessoa/família de forma única e singular, proporcionando conforto em todos os cuidados prestados, influenciados pelas grandes correntes do pensamento e por um mundo em constante transformação (Paradigma da Transformação).

Palavras Chave: Transição; Cuidados de enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica

ABSTRACT

Nursing can be seen as a science, discipline and profession seeking to respond to the challenges of a society in constant change and progress, by developing knowledge and providing training to appropriate and timely responses to new requests. The rising care complexity implies nurse's continuous learning; to enable you to make more and more demanding decisions about the care delivered to the person, family and community. Nursing is increasingly demanding and complex. The radical change in the health system, the severe shortage of nurses in recent years, the aging population and people to make use of health services increasingly in critical condition and for longer periods will have implications in nursing. The nurse responds to people more demanding and nurses must take a more active role in decision-making, greater accountability and autonomy (Patrick in Howard, 2011).

In the social role that the nurse holds and exert, in this case for Nurse Specialist in Medical-Surgical, constant updating of their knowledge and professional development is required. Based on a logical recognition of a set of skills, professional experience based on reflective practice and formal moments of knowledge acquisition sustained in evidence-based practice can thus assure the quality of nursing care.

This report presents, in the 1st half, a systematic literature review and, in the 2nd half, a reflective analysis of the course curriculum and skills developed in response to the needs of the person and family in critical conditions in the context of an emergency service center and in an outpatient palliative care. The theoretical pillars that supported my interventions were based in the Transition Model by Afaf Meleis (2000) and the Theory of Comfort by Kolkaba (1994).

The medical-surgical nurse specialist assists people in transition, especially in critical illness situations. Throughout the internship, the person / family was valued in a unique and singular way, providing comfort care at all moments, influenced by the great currents of thought and by a changing world (Paradigm Transformation).

Keywords: Transition, Nursing, Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

% - Percentagem

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

ECG – Electrocardiograma

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

HSM – Hospital de Santa Maria

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

SCTQ – Superfície Corporal Total Queimada

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SUC – Serviço de Urgência Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UQ - Unidade de Queimados

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. O IMPACTO DA QUEIMADURA NO REGRESSO À VIDA QUOTIDIANA DA PESSOA QUEIMADA – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	5
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CURRICULAR E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS ..16	
3.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA-MÓDULO I	19
3.2 CUIDADOS PALIATIVOS – MÓDULO III (OPCIONAL).....	31
4. CONCLUSÃO	41
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
APÊNDICES	49
APÊNDICE A - NORMA DE PROCEDIMENTO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	51
APÊNDICE B - POSTER “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	65
APÊNDICE C - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	69
APÊNDICE D - POWER POINT DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	73
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	81
APÊNDICE F - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”	85
APÊNDICE G - ESTUDO DE CASO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”...89	
APÊNDICE H - PLANO DA SESSÃO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS – UM ESTUDO DE CASO”	129
APÊNDICE I - POWER POINT DA APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”	133
APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”	149
APÊNDICE L - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”	153
APÊNDICE M - FLYER.....	157

1. INTRODUÇÃO

A evolução da enfermagem enquanto ciência, profissão e disciplina ao longo dos tempos foi influenciada pelas grandes correntes do pensamento, ou seja, maneiras de ver e compreender o mundo, designados de paradigmas de enfermagem. A classificação dos modelos de enfermagem como paradigmas relacionam um metaparadigma com conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem e a relação entre estes conceitos é, nos dias de hoje o domínio dos cuidados de enfermagem. Kérouac (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificando que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo atualmente coexistir ideias de diversos paradigmas, entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respetivas formas de aplicação.

O metaparadigma como o nível mais abstrato do pensamento determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina.

O paradigma da transformação é a base de uma abertura da ciência face ao mundo e foi nesta perspectiva que em 1978 a OMS autora da declaração de Alma-Ata reconheceu a relação entre a promoção e a proteção da saúde das pessoas e o progresso equitativo sobre o plano económico e social, abrindo-se as portas para esta nova orientação, isto é, as pessoas tornam-se agentes da sua própria saúde. Os cuidados de enfermagem influenciados pelas grandes correntes do pensamento, e por um mundo em constante transformação, apresentam-se como algo complexo e diversificado definindo-se o centro de interesse e grande desafio para a enfermagem, com base nas novas tendências e princípios que guiam a ação (Kérouac, 1996).

Foi com alicerce nesta linha de pensamento do paradigma da transformação, da pessoa face ao mundo, o fio condutor ao meu percurso como enfermeira especialista. Conceitos igualmente conhecidos como centrais para a enfermagem são a transição, a interação, o processo de enfermagem, atividades de enfermagem, teorias de enfermagem, entre outros. Nightingale (2006) referiu-se à pessoa como conceito central em enfermagem para identificar o doente.

Pessoa, foi também o conceito utilizado ao longo do relatório para fazer referência ao sujeito alvo dos cuidados de enfermagem. O objeto dos cuidados de enfermagem é a pessoa e o foco de atenção são as múltiplas dimensões relacionadas com as respostas humanas resultantes do processo de vida e transições, em que se obtém respostas distintas de diferentes pessoas face a uma mesma situação (Meleis, 2005). Assim, a enfermagem também é uma arte dado que cada pessoa é única, o que obriga ao desenvolvimento de um conhecimento estético que se caracteriza pela imprevisibilidade na concepção dos cuidados. De acordo com o paradigma da transformação, pessoa é um todo indissociável maior que a diferença da soma das partes, em relação mútua e simultânea com os conhecimentos em contínua mudança orientando os cuidados segundo as prioridades (Kérouac, 1996). A pessoa age de acordo com os seus valores, crenças e desejos de natureza individual influenciados pelo ambiente em que vive e se

desenvolve. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos in Monteiro (2001), Artigo I *“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”*.

Em relação aos modelos e/ou teorias de enfermagem que auxiliaram as estratégias implementadas e permitiram aplicar uma multiplicidade de conhecimentos nos campos de estágio não se esgotaram numa única teoria, pois *“As teorias devem guiar a prática, assim como o conhecimento que dá origem às teorias nasce dessa prática”* (Monteiro, et al., 2008). A intervenção de enfermagem é de tal modo tão complexa, que será mais enriquecida e fundamentada se for em várias teorias e/ou modelos. O modelo de transição de Meleis (2000) e a teoria do conforto de Kolkaba (1994) foram um fio condutor em ambos os percursos de estágio.

Schumacher e Meleis (1994) referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com a pessoa que vivencia transições, sendo o conceito de transição central para a enfermagem. O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que vivenciam transições, cuja finalidade não é apenas conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para este conhecimento na prática. Deste modo, Meleis, et al., (2010) desenvolveram uma teoria de médio alcance onde descreve a natureza das transições (tipo; padrões; propriedades); os condicionalismos da transição: facilitadores e inibidores e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado). Foi com base neste modelo que fundamentei as minhas intervenções de enfermagem.

Foi minha preocupação constante quer no estágio de SUC quer em cuidados paliativos proporcionar o máximo de conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) à pessoa/família a quem prestei cuidados, para tal recorri à teoria do conforto de Kolkaba para conduzir as minhas intervenções.

Assim, pretende-se que o cuidado de enfermagem assente numa relação interpessoal seja fundamentado em teorias de enfermagem, com base no diagnóstico e assistência face às respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e família ao longo do ciclo de vida, usando conhecimento gerado pela investigação e mais competências de decisão, ou seja, no sentido de uma enfermagem avançada.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, que objetiva especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico, enquadra-se o presente relatório.

As competências a adquirir relacionam-se com as competências específicas da área de especialização, assim como com as competências comuns que o enfermeiro especialista tem de desenvolver independentemente da sua área de especialização: *“Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria continua da qualidade; Gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (Artigo 4.º do Regulamento das

Competências comuns do Enfermeiro Especialista, Aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010) .

Deste modo, o enfermeiro especialista, segundo a OE (2009:16) é “ (...) *um profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente*”. O enfermeiro especialista possui uma experiência prévia desenvolvida ao longo da sua vida profissional, detém conhecimentos técnico científicos e articula competências clínicas especializadas, centrando-se no eixo fulcral da problemática da pessoa respondendo assim com eficácia e eficiência às necessidades da pessoa/família, englobando-a como um todo e articulando todos os meios e estratégias ao seu alcance para concretizar os fins desejados. Contribui para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de um prática baseada na evidência.

A Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica é composta por três módulos: Módulo I - Serviço de Urgência; Módulo II - Unidade de Cuidados Intensivos (Unidade de Queimados) e Módulo III – Opcional (Cuidados Paliativos).

O módulo II, Unidade de Cuidados Intensivos, foi-me creditado considerando o previsto no Artigo 45 do Decreto-Lei 74/2006. Ao longo de sete anos desenvolvo funções de enfermeira na Unidade de Queimados do HSM, que tomaram relevância fundamental para a creditação deste estágio.

Assim, este relatório pretende espelhar o percurso realizado ao longo dos dois módulos (SUC e Cuidados Paliativos) dando a conhecer os objetivos delineados em cada campo de estágio, as atividades realizadas, as competências desenvolvidas e a respetiva análise crítico reflexiva.

O módulo I, foi realizado no SUC do CHLN, EPE, no período compreendido entre 23 de abril e 28 de maio de 2012, num total de 180 horas de contacto.

O módulo II, foi realizado na consulta de Cuidados Paliativos, do CHLN, EPE, no período de 20 de setembro a 10 de novembro de 2012.

Como local para a realização dos campos de estágio optei pelo HSM por ser um hospital de referencia no SNS e por se tratar de um hospital universitário, central e com todas as valências e especialidades médicas/cirúrgicas. Outro aspeto que também influenciou a minha decisão foi o facto de ter realizado todo o percurso profissional nesta instituição e desejar permanecer dando um contributo positivo para a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar como futura enfermeira especialista.

Em relação à escolha do campo de estágio opcional ter sido em cuidados paliativos prende-se pelo gosto por esta área, reflexo das experiências que vivi e gratidão enorme que guardo do quanto pude aprender, partilhar, ajudar e acompanhar a pessoa/família em fase avançada da sua doença, num serviço de Medicina, onde iniciei o meu percurso como enfermeira. De encontro a esta vertente de cariz profissional aliam-se factos e vivências com as quais me tenho confrontado e me têm feito apreciar, dar outro valor e significado à vida. No curso de EEMC, como surgiu a oportunidade de poder realizar um estágio opcional, não hesitei e assim

pude concretizar o objetivo de “sentir” e “estar com” em cuidados paliativos. Muitas das vezes, são as “pequenas coisas” e simples atitudes, como sejam, o “estarmos com” e saber escutar que tanto gratificam o *Outro* e contribuem para o seu conforto e bem estar.

Este relatório foi elaborado a partir de uma metodologia descritiva, recorrendo à observação direta dos campos de estágio, estabelecendo uma relação entre a teoria e prática dos contextos através de uma análise crítico reflexiva.

O presente relatório tem como objetivos:

- Identificar as competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados de saúde à pessoa/família de médio e alto risco;
- Conhecer a análise crítico-reflexiva efectuada sobre as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio.

O conteúdo deste documento encontra-se estruturado em 2 partes:

- Na 1.^a parte é apresentada a revisão sistemática da literatura “O impacto da queimadura no regresso à vida quotidiana da pessoa queimada”.
- Na 2.^a parte é apresentada a análise reflexiva do percurso curricular e das competências desenvolvidas ao longo dos dois módulos de estágio (Serviço de Urgência e Cuidados Paliativos).

Segue-se a conclusão, destacando os aspetos mais significativos desenvolvidos nos estágios enquanto enfermeira especialista e perspectivas para o futuro como enfermeira especialista.

Por fim, têm lugar as referências bibliográficas (segundo a norma ISO 690) que sustentam o relatório e os apêndices mais relevantes e significativos desenvolvidos ao longo de todo o percurso curricular.

2. O IMPACTO DA QUEIMADURA NO REGRESSO À VIDA QUOTIDIANA DA PESSOA QUEIMADA – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

As queimaduras graves são lesões potencialmente fatais que requerem cuidados específicos em unidades de tratamento especializadas em queimaduras (Unidades de Queimados), com internamentos prolongados e cuidados de reabilitação desde o momento da admissão da pessoa queimada (Karabeg, et al., 2009; Novelli, et al., 2009). Os avanços no atendimento hospitalar têm contribuído para a sobrevivência da pessoa vítima de queimadura em que o objetivo principal passou da sobrevivência para a reabilitação da pessoa queimada, com a finalidade de devolvê-la à sociedade com capacidade funcional (Júnior, et al., 2010).

A queimadura vista como um experimento de uma situação-limite em que a pessoa vivencia episódios de grande vulnerabilidade, stress, ansiedade, medo e negação, este período de transição envolve um processo de reorganização interior enquanto a pessoa aprende a adaptar-se e a incorporar novas circunstâncias na sua vida (Moi, et al., 2008).

Através da compreensão do processo de transição (Meleis, 2000) os enfermeiros ajudam a pessoa vítima de queimadura a empreender atividades, como a procura de informação e apoio, identificando novas formas de viver e estar, modificando as atividades anteriores, fazendo sentido às circunstâncias e facilitando os processos de uma transição saudável. Neste sentido, as intervenções de enfermagem têm como objetivo facilitar os processos de transição saudável para que o regresso à vida quotidiana aconteça com o menor número de limitações e implicações possíveis.

Segundo vários autores (Moi, et al., 2008; Rossi, et al., 2009; Goyatá, 2009; Karabeg, et al., 2009; Novelli, et al., 2009; Pinto, et al., 2010; Ciofi-Silva, et al., 2010; Badger, et al., 2010; Costa, et al., 2010; Júnior, et al., 2010) as queimaduras provocam alterações fisiológicas, psicológicas, funcionais e sociais associadas a todas as implicações e dificuldades que a pessoa queimada se confronta no seu regresso à vida quotidiana. Assim, as lesões causadas representam um problema de adaptação social para a pessoa e provocam graves problemas psicológicos tanto para a própria, como para a sua família e sociedade em geral (Karabeg, et al., 2009).

A situação de queimadura grave como uma situação-limite, só é passível de compreensão na perspetiva de quem a experiencia, como afirma Rebelo (2010) *“(...) a compreensão da experiência vivida pelos indivíduos que transitam da vivência de situação-limite para a vida quotidiana, aconselha uma abordagem biográfica o que implica a narrativa do sujeito num contexto de interação.”* Neste seguimento surge esta revisão sistemática da literatura, indo ao encontro de respostas em estudos existentes, em que os participantes são pessoas que vivenciaram uma situação-limite de queimadura e conhecer qual o impacto da mesma no seu regresso à vida quotidiana.

Ao aprofundar conhecimentos acerca de referenciais teóricos que norteiem o cuidado de enfermagem da pessoa vítima de queimadura e que favoreçam o seu regresso à vida quotidiana e a sua adaptação aos eventos transicionais, torna-se imperioso, a fim de

estabelecer um modo de cuidar que considere o ser humano como sujeito do seu agir profissional. Consequentemente, esta revisão sistemática da literatura procura elucidar os processos de transição vividos pela pessoa vítima de queimadura grave, após o confronto com uma situação-limite que põs em risco a sua vida de um momento para o outro.

A pessoa deixa transparecer a passagem de uma fase da vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro, que Meleis, et al., (2000) denominam de transição. São situações múltiplas, geradoras de grande conflito interno que comprometem, no quotidiano, o seu bem estar.

De acordo com Meleis (2005) assistir a pessoa, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afetam a sua saúde surge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após o evento produtor de mudança, ou seja, uma situação de queimadura. Deste modo, os enfermeiros podem influenciar os processos de transição se as suas intervenções forem centralizadas na pessoa e nas suas reais necessidades.

Método e Estratégias

A presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo principal conhecer o impacto da queimadura no regresso à vida quotidiana da pessoa queimada, através da análise de fontes, no espaço cronológico de janeiro de 2007 a dezembro de 2012. Deste modo, a questão de investigação a que se pretende dar resposta, no contexto deste estudo, formulada através do método designado de PI[C]O é : **“Qual o impacto da queimadura (O) no regresso à vida quotidiana (I) da pessoa queimada (P)?”**

As pesquisas realizadas de forma a ir ao encontro de artigos primários que vislumbrem a problemática em estudo obedeceram a critérios de inclusão e de exclusão que se encontram no Quadro 1.

QUADRO 1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de analisar : Participantes (P); Intervenções (I); Resultados (O); Tipo de Estudo (S); Ano; País e Autor(es); - Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo; - Ter sido publicado entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012; - Artigos em língua inglesa e portuguesa; - Artigos que foquem a relação entre queimaduras e regresso à vida quotidiana. - Referente a pessoas adultas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser uma revisão da literatura (meta-síntese/meta-análise); - Ser uma dissertação ou tese; - Referirem-se a crianças queimadas; - Todos os artigos sem full-text e pdf.

As palavras-chave usadas foram as seguintes: *Burns; Rehabilitation; Reintegration; Activity limitations; Functional outcome; Patient-reported outcomes*.

Especificamente, as pesquisas foram concebidas no mês de novembro e de dezembro de 2012 nas seguintes bases de dados internacionais : EBSCO (*CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; Medclatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database; ERIC e Business Source Complete*). Como complemento, foi usado o motor de busca *Google Scholar* com vista a encontrar artigos científicos disponíveis online (*Full text*).

A pesquisa foi feita com base na conjugação de todas as palavras-chave, com o operador booleano “OR”, tendo resultado num máximo de 674 artigos na base de dados EBSCO. Limitada a pesquisa para “texto completo”, obtiveram-se 349 artigos e limitada a pesquisa para “referencias disponíveis” e “analisados por especialistas”, obtiveram-se 63 artigos. Destes artigos foram ainda excluídos os estudos referentes a crianças, revisões da literatura e sem resumo disponível. Foram incluídos assim, um total de 10 artigos para esta revisão sistemática da literatura.

Depois de analisados os 10 estudos primários foi identificado o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados (outcomes) e o desenho do estudo:

Estudo 1- “The experience of life after burn injury: a new bodily awareness”

Autores, Ano, País	Asgjerd Litleré Moi, Hallvard Andreas Vindenes & Eva Gjengedal, 2008, Norway
Participantes	14 participantes (03 Mulheres e 11 Homens), com idade média de 46 anos, sobreviventes de queimadura. Entrevistados entre 2005-2006 (média de 14 meses após a lesão)
Intervenções	O estudo foi realizado a partir de uma perspectiva descritiva husserliana fenomenológica, visando obter a compreensão da essência da experiência vivida de pessoas que sofreram uma grande queimadura. Tem também como objetivo compreender a perda da função, alteração da aparência e sofrimento psíquico- como é o regresso à sociedade.
Resultados	Uma nova e exigente consciência corporal revelam limitações e potenciais emergindo como a essência da experiência dos sobreviventes de queimaduras. Os sobreviventes descrevem as alterações corporais como uma nova história da sua vida, sendo desconhecido, vulnerável e necessidade de proteção. Apresentam uma variedade de perturbações (insegurança, desconfiança em relação às suas próprias habilidades) e experienciaram perder a familiaridade com o seu corpo e todas as ações da vida quotidiana, dificultando a sua integração na sociedade.
Estudo	Fenomenológico

Estudo 2- “The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase”

Autores	C.L.Ciofi-Silva, L.A.Rossi, R.S. Dantas, C. S. Costa, M.E. Echevarria-Guanilo & M.A. Ciol, 2010, UK
Participantes	44 participantes, com idade \geq a 18 anos de idade com alta hospitalar entre 06 meses e um ano, ou que foram submetidos a cirurgia reconstrutiva no ano anterior ou que estavam em ambulatório a aguardar cirurgia reconstrutiva
Intervenções	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de descrever as alterações associadas à queimadura na vida da pessoa, durante a fase de reabilitação e investigar possíveis associações entre as mudanças no trabalho e a % de SCTQ e as áreas afetadas pela lesão
Resultados	<p>A queimadura teve um grande impacto na vida da pessoa, particularmente no seu trabalho.</p> <p>Muitas pessoas vítimas de queimadura regressam ao trabalho, no entanto, a % de indivíduos que sofrem alterações no horário do trabalho e mesmo no cargo que ocupam, pode variar de 50 a 60%, geralmente devido a alterações físicas.</p> <p>O impacto da queimadura sob o trabalho da vida da pessoa queimada foi maior entre os participantes com SCTQ \geq20%. As áreas afetadas também influenciam o tempo de regresso ao trabalho e existe uma associação estatisticamente significativa entre o trabalho e as alterações relacionadas com as queimaduras num dos membros superiores.</p> <p>As alterações nas atividades de lazer são mais marcadas entre as vítimas com sequelas visíveis, como sejam queimaduras da face, pescoço, das mãos e membros inferiores, os quais são geralmente expostos durante as atividades de lazer.</p> <p>Relataram também mudanças no seu relacionamento com os familiares (pessoa significativa ou outros membros da família, amigos ou ambos) e menos interação social, particularmente com os amigos. Preferem ficar em casa, dedicando mais tempo ao corpo e evitar a atenção de pessoas curiosas. Reforçam a importância do apoio da família.</p>
Estudo	Qualitativo e Quantitativo

Estudo 3- “Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian burn patients”

Autores	Lidia Aparecida Rossi, Maria Cristina Silva Costa, Rosana Spadoti dantas, Caroline Lopes Ciofi- Silva & Livia Maria Lopes, 2009, USA
Participantes	Participaram 19 pacientes com sequelas de queimadura, atendidos pela UQ do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, e seus familiares. Os sujeitos pertencem às classes populares, com idade entre 18 e 50 anos, e integram o programa de reabilitação há um ano ou mais.
Intervenções	<p>Pacientes e familiares relataram modificações da qualidade de vida introduzidas por limitações físicas e psíquicas provocadas pela queimadura.</p> <p>Visando contribuir para a interpretação dos significados de qualidade de vida de um grupo de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras, a partir de suas experiências, concepções e valores, este estudo tem como objetivos específicos: identificar as prioridades estabelecidas pelos sujeitos para as suas vidas; delimitar os principais elementos acionados pelos indivíduos para definir vida de boa qualidade; identificar as modificações introduzidas nas suas vidas após as queimaduras e suas sequelas e distinguir os sentidos atribuídos à experiência da queimadura e às sequelas. Os dados foram colhidos através de entrevista semiestruturada e observação direta, realizadas nas residências dos sujeitos.</p>
Resultados	<p>Os sujeitos definem a queimadura como trauma, associado sobretudo à dor (intensa e insuportável), sentimentos de insegurança, em relação ao risco de morte, à vivência do internamento e ambiente hospitalar.</p> <p>A experiência é ainda marcada, pela preocupação com as mudanças no aspeto físico, mencionadas como deformações, com os riscos de perda de mobilidade e de amputação do membro afetado, e com as possíveis mudanças na existência quotidiana (com destaque para as limitações relacionadas ao trabalho, atividades de lazer e vida doméstica).</p> <p>A qualidade de vida, associada ao desempenho de papéis sociais, estrutura-se em torno dos núcleos: família, trabalho, autonomia, normalidade e integração social.</p>
Estudo	Etnográfico

Estudo 4- “Social rehabilitation of patients who have suffered burns”

Autor	Reuf Karabeg, Vanis Dujso, Malik Jakirlic, Ivanka Hizar, 2009, Sarajevo
Participantes	58 pacientes (37 Homens e 21 Mulheres) internados na Clínica de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, no período de 01/07/2003 a 30/06/2008.
Intervenções	Tem como objetivo mostrar a reabilitação social de pacientes vítimas de queimaduras, a sua adaptação social, bem como as alterações psiquiátricas como consequência do processo de queimadura.
Resultados	<p>As lesões causadas por queimaduras representam um problema de adaptação social dos pacientes e provocam graves problemas psicológicos tanto para os pacientes, para as suas famílias, bem como para a sociedade em geral.</p> <p>O aumento da % de superfície corporal queimada, principalmente de regiões mais visíveis do corpo, implica uma condição psicossocial mais grave e maior dificuldade em se adaptar à sociedade.</p> <p>A depressão, ansiedade e estigma social são os problemas psicológicos mais frequentes nos pacientes vítimas de queimadura.</p> <p>A reabilitação deve começar no momento da admissão e deve ser considerada uma atividade contínua no processo de cura, ou seja, da reabilitação dos pacientes queimados.</p>
Estudo	Retrospectivo

Estudo 5- “Quality of life impact as outcomes in burns patients”

Autores	B. Novelli, D. Melandri, G. Bertolotti, G. Vidotto, 2009, Italy
Participantes	Participaram 30 pacientes queimados (18 Homens e 12 Mulheres), com idade entre 18 e 65 anos
Intervenções	<p>Este estudo utilizou o Sickness Impact Profile (SIP), para investigar a qualidade de vida de pacientes queimados em dois momentos diferentes. O primeiro foi entre um e 12 meses após a alta, um período em que muitos problemas psicológicos persistem (ou mesmo aparecem), e o facto de os pacientes já estarem em casa e poderem não ter apoio psicológico individual. O segundo momento, foi de três meses após o primeiro. A qualidade de vida foi avaliada usando a versão italiana da SIP.</p> <p>Tem como objetivos: verificar se SIP é um instrumento adequado para avaliar a qualidade de vida de pacientes com queimaduras, em especial, se se trata de aspetos clínicos relevantes como a qualidade de vida; monitorizar a qualidade de vida ao longo do tempo; identificar as áreas de qualidade de vida diminuída em pacientes queimados, mesmo depois de um longo período de tempo em casa, orientado para o problema específico multidisciplinar.</p>
Resultados	<p>A qualidade de vida é comprometida em pacientes com queimaduras. No 1º momento verificou-se que a dimensão física e psicossocial são comprometidas e que a queimadura causa grandes limitações mesmo após a alta e que se estendem além da componente física, envolvendo aspetos emocionais, sociais e relacionais. No 2º momento, mostrou melhoria em todas as áreas. As limitações predominantes três meses após o 1º momento estavam na dimensão psicossocial (desconforto psicológico).</p> <p>Os resultados mostram que pacientes com queimaduras necessitam de apoio multidisciplinar até vários meses após a alta hospitalar. O stress emocional, é o único indicador de qualidade de vida, em que os indivíduos com queimaduras têm grandes dificuldades na integração na sociedade devido à queimadura. Propõem uma solução para este problema, que seria a criação de uma equipa de ambulatório da UQ, que colaboraria em estreita ligação com a equipa de assistentes sociais e psicólogos indo a casa dos pacientes.</p>
Estudo	Quantitativo

Estudo 6- “O indivíduo e a queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura”

Autores	José Manuel Pinto, Luís Miguel Silva Montinho, Pedro Ricardo Coelho Gonçalves, 2010, Coimbra
Participantes	21 participantes (13 Mulheres e 08 Homens), com uma média de idades de 44 anos. O meio de realização do estudo foi o Serviço de Consultas Externas da UQ dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE. As entrevistas foram realizadas no período que decorreu entre 31 de janeiro e 25 de fevereiro de 2003.
Intervenções	O tratamento da informação recolhida foi realizado através da análise de conteúdo, procedendo-se a uma categorização da informação. Devido a uma grande amplitude de variação das queixas em função do tempo de ocorrência da queimadura, optou-se pela análise das mesmas segundo um critério temporal, que emergiu do relato dos inquiridos e foi organizado em três tempos, tendo em conta o tipo de queixas relatado. Assim, subdividiram os indivíduos da amostra em três grandes grupos de intervalos temporais: [0-2 meses[com 9 entrevistados, [2-12 meses[com 7 entrevistados e [acima dos 12 meses[com 5 pessoas entrevistadas. Em relação à história individual obtiveram três categorias: <i>maneira de ser; relação com outros e suporte/apoio; e reação ao acidente</i>
Resultados	A queimadura pode provocar alterações na maneira de ser das pessoas, ou seja, na forma como a pessoa se sente, dando mais importância à componente afetiva (humor), comportamento e à imagem corporal como alterados; Com o decorrer do tempo após a queimadura parece haver um amadurecimento interno, associado às fases pelo qual a pessoa passa, associada à crise. A pessoa acaba por integrar a queimadura na sua própria vida (mesmo que não a tenha aceite); Quando se fala das relações com os outros o doente queimado enumera predominantemente a família nuclear como fonte de apoio, sendo o cônjuge a principal fonte de apoio/suporte; Há alterações na relação com os outros que se evidencia por uma maior aproximação seguida de uma reorganização; A reação ao acidente é muito específica de pessoa para pessoa, sendo na sua maioria negativa.
Estudo	Qualitativo (exploratório-descritivo)

Estudo 7- “Helping others heal: burn survivors and peer support”

Autores	Karen Badger, PhD and David Royse, PhD, 2010, USA
Participantes	350 participantes sobreviventes de queimaduras, com idade \geq a 18 anos de idade, membros da Sociedade de Phoenix e localizados nos E.U.A e Canadá
Intervenções	A Phoenix Society for Burn Survivors, foi criada para ajudar os sobreviventes de queimaduras, incluindo a família, amigos, profissionais de saúde. Bombeiros e socorristas, em que 2/3 dos seus 3500 membros são sobreviventes de queimaduras. O estudo tem como objetivo saber como os sobreviventes de queimaduras percebem o apoio dos pares.
Resultados	Muitos dos sobreviventes têm feito esforços para contactar com outras pessoas vítimas de queimadura: O apoio dos pares é oferecido principalmente de forma individual, através de contacto de grupos e encontros. Verificou-se que a sala de chat na web é uma forma de interação entre pares, em que não está presente a componente visual. Os vídeos educativos contêm depoimentos que fornecem uma oportunidade de identificação e introduzir contributos para outras pessoas.. Comparações sociais com os pares parecem ajudar as pessoas a entender e encontrar sentido na sua situação de vida, enquanto ganham inspiração e uma visão de auto afirmação através da comparação com outras pessoas que experienciaram desafios semelhantes. As áreas que foram positivamente correlacionadas com o apoio dos pares foram: interação social e interpessoal, produtividade, integração na sociedade, satisfação e qualidade de vida.
Estudo	Exploratório

Estudo 8- “Imagem corporal e satisfação no trabalho entre adultos em reabilitação de queimaduras”

Autores	Maria Cristina Silva Costa, Lídia Aparecida Rossi, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Larissa Ferreira Trigueros, 2010, Brasil
Participantes	No estudo quantitativo participaram 82 pessoas que estiveram internadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e estavam em processo de recuperação de queimaduras graves, com idade superior a 18 anos. A pesquisa etnográfica elegeu como critério de inclusão, pessoas que tivessem participado da pesquisa quantitativa e foram sorteados 20 entre os 82 participantes, tendo 19 concordado em participar (12 Homens e 07 Mulheres).
Intervenções	Este estudo recorreu ao método da triangulação analítica por justaposição de abordagens, numa perspectiva que visa combinar e comparar dados obtidos de maneira qualitativa com outros quantitativos. A pesquisa quantitativa consistiu na adaptação cultural para a língua portuguesa e validação da escala denominada <i>Burn Specific Health Scale-Revised</i> (BSHS-R). A pesquisa qualitativa objetivou interpretar sentidos de qualidade de vida em vítimas de queimadura. Assim, o estudo tem como finalidade: identificar e analisar significados atribuídos ao corpo por adultos em reabilitação de queimaduras, focalizando a imagem corporal e a satisfação no trabalho.
Resultados	As sequelas da queimadura afetaram de algum modo a continuidade do trabalho antes realizado, sem impedir a maioria dos participantes de trabalhar. Todavia, muitos dos participantes assumiram atividades que exigiam habilidades diferentes daquelas mobilizadas na sua antiga função. Em relação aos que não voltaram a trabalhar, a queimadura foi apontada como causa da incapacidade para o trabalho, quer pelos cuidados especiais requeridos, quer pela diminuição ou perda de capacidade funcional. O valor do indivíduo perante a sociedade vincula-se à sua capacidade de trabalhar, da qual depende também a realização pessoal, prejudicada, em vários deles, pelas consequências da queimadura. Quanto à imagem corporal, as repostas aos itens da escala não permitem constatar a existência de autoimagem negativa em razão das mudanças na aparência desencadeadas pela queimadura. Diferentemente, os resultados da pesquisa etnográfica evidenciam a elaboração de uma imagem corporal depreciativa por quem apresenta extensa sequelas de queimadura.
Estudo	Abordagem qualitativa (estudo etnográfico) e quantitativa

Estudo 9- “Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar”

Autores	Gilson F.P. Júnior, Ana Carolina P. Vieira, Gracinda M. G. Alves, 2010, Brasil
Participantes	21 participantes (16 Homens e 05 Mulheres), internados no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela, no período de outubro de 2009 a abril de 2010. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar.
Resultados	As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, em ambulatório e foi necessária apenas uma entrevista com cada sujeito para preenchimento do questionário específico para queimaduras (BSHS-R – <i>Burn Specific Health Scale – Revised</i>). Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da queimadura na qualidade de vida em indivíduos após a alta hospitalar.
Intervenções	A maioria dos pacientes regressou ao trabalho. As principais barreiras para o não regresso ao trabalho são: as habilidades físicas perdidas, as condições de trabalho e os fatores psicossociais (problemas com a aparência). A melhoria da qualidade da pele, em especial da face, pode contribuir para a reintegração dos pacientes. Os problemas relacionados com a aparência pessoal, bem como sentimentos de tristeza e de solidão após a queimadura não são percebidos, bem como a percepção de problemas nas relações com a família e amigos. Após a alta hospitalar, as limitações físicas e psíquicas causadas pela queimadura diminuem a qualidade de vida. A reabilitação destes pacientes minimiza os danos causados pelo trauma e melhora a qualidade de vida.
Estudo	Descritivo e transversal

Estudo 10- “Nursing diagnoses of burned patients and relatives “perceptions of patients” needs”

Autores	Sueli Leiko T. Goyatá, RN, PhD, and Lídia Aparecida Rossi, RN, PhD, 2009, USA
Participantes	Participaram 10 pacientes e 10 familiares.
Intervenções	Os sujeitos foram avaliados uma semana antes da alta hospitalar quanto aos diagnósticos de enfermagem que foram identificados e comparados com as percepções dos familiares.
Resultados	Foram identificados 30 diagnósticos de enfermagem relacionados com aspetos físicos e psicossociais. Os familiares reportaram preocupação com cuidado com o corpo, com as lesões, prevenção de infeções e aspetos psicossociais. A preocupação maior dos pacientes tem a ver com aspetos psicossociais, nunca descurando todos os outros. A antecipação das percepções dos familiares sobre os problemas dos pacientes é importante para melhorar o cuidado após a alta hospitalar.
Estudo	Qualitativo

Apresentação, análise e discussão dos dados

De acordo com os estudos empíricos investigados, todos eles exibem informação pertinente que vai dar resposta à questão inicial da pesquisa. Todos os dados obtidos vão ao encontro das dificuldades, vivências e sentimentos que a pessoa vítima de queimadura se confronta com o regresso à vida quotidiana.

Assim, o objetivo central desta investigação visa conhecer e compreender como é que uma pessoa vítima de queimadura transita de uma situação-limite para a sua vida quotidiana, ou seja, conhecer o impacto da queimadura no regresso à vida quotidiana da pessoa queimada.

Com o desígnio de identificar o conteúdo relevante e extrair os dados centrais e nucleares de cada estudo primário, procedeu-se à avaliação crítica com o propósito de identificar, analisar e interpretar o desenho, as intervenções e resultados de cada um deles. Verificou-se que dos 10 estudos selecionados, sete (70%) deles se guiam por um paradigma indutivo, um (10%) estudo de natureza dedutiva e dois (20%) são estudos mistos, ou seja, seguem um paradigma de natureza indutiva e dedutiva.

No que respeita ao país verifica-se que foi nos Estados Unidos da América que se publicaram maior número de estudos empíricos (3), seguindo-se o Brasil (2), e com um estudo publicado, temos Portugal (Coimbra), Noruega, Sarajevo, Itália e Grã-Bretanha. Em relação ao ano de publicação, é manifesto o interesse pela investigação nos últimos anos, como produção de conhecimento com 5 estudos empíricos publicados no ano de 2010, 4 em 2009 e 1 estudo empírico em 2008.

Todos os participantes dos estudos foram entrevistados após a alta hospitalar e terem regressado à vida quotidiana, relatando modificações da **qualidade de vida** introduzidas por **limitações físicas e psíquicas** provocadas pela queimadura. São transversais a todos os estudos as seguintes limitações na pessoa provocadas pelo processo de queimadura: **alterações da imagem corporal; limitações físicas e psíquicas; limitações relacionadas com o trabalho e atividades de lazer** (Moi, et al., 2008; Rossi, et al., 2009; Goyatá, 2009; Karaberg, et al., 2009; Novelli, et al., 2009; Pinto, et al., 2010; Ciofi-Silva, et al., 2010; Badger, et al., 2010; Costa, et al., 2010; Júnior, et al., 2010).

O processo fantasmático e relacional instalado na pessoa que sofreu queimadura questiona e parece obrigar à **reelaboração relacional** (familiares e pessoas significativas) e decorre num período mais ou menos longo, que destacam em três etapas: na primeira (0-2 meses), realçam o choque e a negação que envolve a pessoa queimada e pessoas significativas, bem como a perda ou distorção da autoimagem; na fase intermédia (2-12 meses), ressalta uma certa depressividade e o reestruturar das relações e das prioridades da vida; na fase final (acima dos 12 meses), consta verificar-se uma integração da nova imagem corporal e estabilização das relações envolventes (Pinto, et al., 2010).

A queimadura provoca na pessoa uma necessária (re)elaboração da identidade no sentido de integrar os aspetos relacionados com a **imagem de si** (Pinto, et al., 2010) tal como nos complementa Meleis & Schumacher (1994) ao afirmar que *“Tais mudanças podem provocar alterações profundas na vida de cada um e dos que o rodeiam e têm implicações importantes no bem estar e na saúde”*.

De acordo com a literatura consultada, os autores são unânimes e defendem que o **impacto social** das queimaduras é um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas queimadas. O regresso à vida quotidiana, após a hospitalização, significa relacionar-se com um universo onde as suas **cicatrizes** e **incapacidades** são alvo de curiosidade, quando não de rejeição e fonte de sofrimento e quanto mais visível e extensa a queimadura, maiores são os **sentimentos negativos** em relação à **imagem corporal**, que trás **sofrimento psíquico** reclamando atenção especializada na reabilitação (Figura 1).

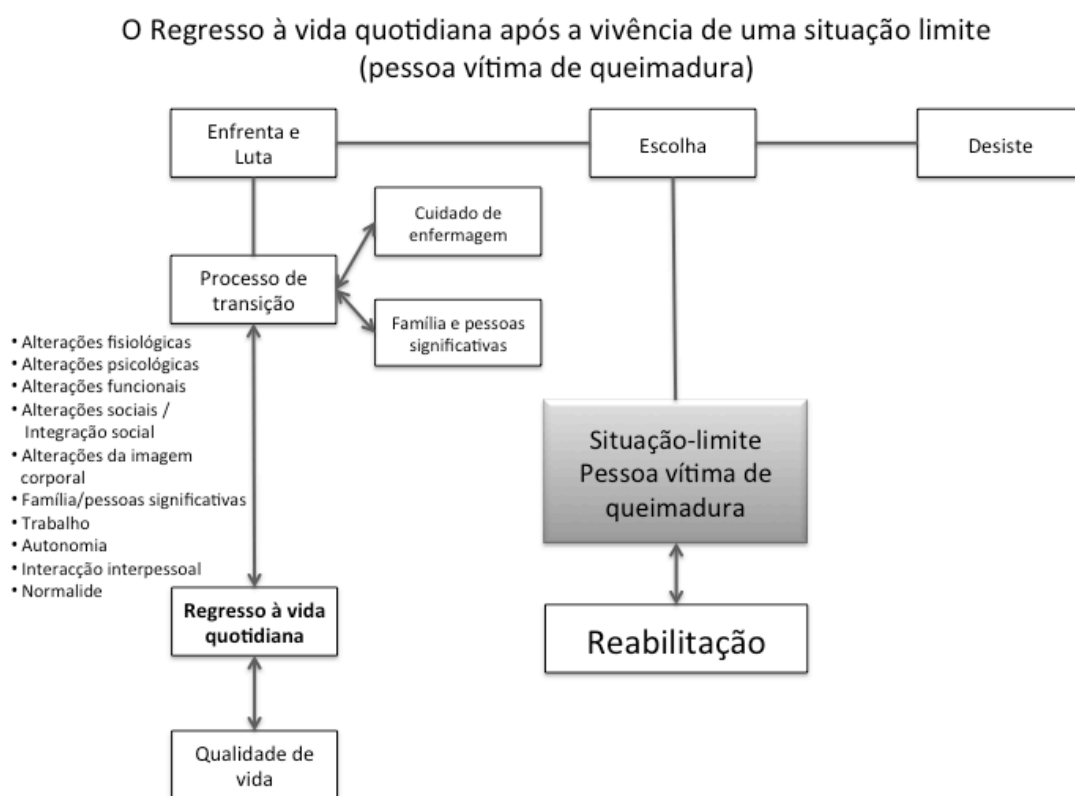


Figura 1- O Regresso à vida quotidiana após a vivência de uma situação limite (adaptado de Rebelo, et al., 2010).

Rossi, et al., (2009) e Ciofi-Silva, et al., (2010) constataram que os riscos da perda de mobilidade e de amputação do membro afetado, agravam a **adaptação** ao meio cotidiano, com destaque para as **limitações** relacionadas com o trabalho, atividades de lazer e da vida doméstica.

Karabeg, et al., (2009) acrescenta que quanto maior a % de superfície corporal total queimada, e que atinja regiões mais expostas do corpo, implica uma **condição psicossocial** mais grave e com maior dificuldade em **adaptação à sociedade**, pelo que é transversal a todos os estudos (Moi, et al., 2008; Rossi, et al., 2009; Goyatá, 2009; Karaberg, et al., 2009; Novelli, et al., 2009; Pinto, et al., 2010; Ciofi-Silva, et al., 2010; Badger, et al., 2010; Costa, et al., 2010; Júnior, et al., 2010) que a reabilitação da pessoa queimada deve começar no momento da admissão e deve ser considerada uma atividade contínua no processo de tratamento. Assim, o valor do indivíduo perante a sociedade vincula-se à sua capacidade, da qual dependem também a **realização pessoal**, prejudicada em vários deles, pelas consequências das queimaduras, enquanto que no homem, além da capacidade de trabalho atingir o seu papel na **hierarquia familiar**, assimilado, predominantemente, como o de provedor, na mulher evidenciam-se as dificuldades na realização de **tarefas domésticas** (Costa, et al., 2010). As mulheres são também geralmente mais preocupadas do que os homens em relação à imagem corporal, à **desfiguração** que a queimadura provoca, refletindo-se no campo **emocional** e na **qualidade de vida** em geral (Novelli, et al., 2009).

Muitas das pessoas vítimas de queimadura regressam ao trabalho, no entanto, a % de indivíduos que fazem alterações no horário de trabalho e mesmo no cargo que ocupam, pode variar de 50 a 60%, geralmente devido a **limitações físicas** (Ciofi-Silva, et al., 2010). Logo, a qualidade de vida, associada ao desempenho de **papéis sociais**, estrutura-se em torno de vários núcleos: **família, trabalho, autonomia, normalidade e integração social** (Rossi, et al., 2009).

De acordo com Pinto, et al., (2010) a adaptação a esta nova realidade e ajuste da pessoa queimada a todo o meio envolvente e reações em relação a si e aos outros, parecem depender de fatores como a quantidade e a qualidade do **suporte familiar e social**, reações pessoais à lesão e a aquisição de competências pessoais para lidar com o novo corpo e com o **impacto da sua imagem** na relação com os outros que o rodeiam.

Badger, et al., (2010) no seu estudo sobre como é que os sobreviventes de queimaduras percebem o **apoio dos pares**, "Helping others heal: burn survivors and peer support" acrescentaram que as áreas que são positivamente correlacionadas com o apoio dos pares são: interação social e interpessoal, produtividade, integração na sociedade, satisfação e qualidade de vida. Torna-se numa oportunidade para os pacientes discutirem a "cura" com outros sobreviventes ajudando no processo de forma a maximizar os potenciais benefícios para a sobrevivência e as comparações sociais com os pares parecem ajudar as pessoas a entender e encontrar sentido na sua situação, enquanto ganham inspiração e uma visão de auto afirmação através da comparação com outras pessoas que enfrentaram desafios

semelhantes.

A **atitude** e a **motivação** dos pacientes também são fatores muito significativos na cura e reabilitação dos mesmos (Karaberg, et al., 2009).

Considerações finais

A gravidade, a extensão e a localização da queimadura afetam diferentemente o regresso da pessoa à vida quotidiana. Quanto maior a % de superfície corporal total queimada, se são afetadas áreas mais expostas do corpo (face, pescoço, mãos) e se há amputação de algum membro, maiores são as sequelas, a capacidade para trabalhar e o tempo necessário para o regresso ao trabalho.

Normalmente, as queimaduras deixam sequelas físicas, afetando habilidades e a capacidade funcional da pessoa para a realização de tarefas, além de provocar danos emocionais, expressos por sentimentos de depressão, negação, medo, ansiedade, bem como comprometimento da autonomia e da imagem corporal. As limitações físicas e psíquicas diminuem assim a qualidade de vida de quem sofre o trauma, sendo emergente a reabilitação destes pacientes desde o momento da sua admissão em ambiente hospitalar. Deste modo, torna-se evidente a necessidade de ações direcionadas à pessoa queimada que visem à sua reabilitação para o trabalho e apoio multidisciplinar até vários meses após a alta hospitalar e acompanhamento por uma equipa multidisciplinar.

Podemos assim afirmar e dando resposta à questão de partida, a partir dos estudos analisados, que o impacto da queimadura no regresso à vida quotidiana da pessoa queimada, envolve vários domínios: **físico, psíquico, funcional, social, trabalho, família/pessoas significativas, autonomia, interação pessoal e normalidade**. Como tal a queimadura deve ser reconhecida e valorizada pelos enfermeiros em todas as fases de reabilitação. Estes, assumem um papel importante na facilitação da presença e participação dos familiares e pessoas significativas na sua integração na vida quotidiana e desenvolvem competências que lhe permitem reconhecer, estimular e agir de forma a que a pessoa vítima de queimadura vivencie os processos de transição da forma mais saudável possível.

Sugere-se, um maior investimento na área da investigação em relação se a pessoa vítima de queimadura em Portugal tem algum tipo de acompanhamento quer por parte de associações/instituições quando regressa à vida quotidiana; quais as suas maiores dificuldades; o que poderia ser feito para melhorar a sua integração na sociedade e qual a pertinência da existência de uma consulta de enfermagem de forma a acompanhar as pessoas aquando da alta hospitalar dando resposta às suas necessidades.

Nunca esquecendo a evolução do conhecimento para o combate às queimaduras, compreendendo medidas e campanhas de prevenção, tratamento no local do acidente, tratamento clínico e cirúrgico, entendimento das complicações e das sequelas, aperfeiçoamento da reabilitação, retorno da pessoa à vida quotidiana e laboral normal como antes do acidente, e atenção à qualidade de vida em todas as fases.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO CURRICULAR E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No presente capítulo segue-se a apresentação e descrição fundamentada dos módulos de estágio realizados e analisados de forma crítica e reflexiva. São apresentados de acordo com a data cronológica de realização. O primeiro estágio realizado foi no SUC, do CHLN, EPE e o segundo estágio foi na consulta de Cuidados Paliativos, também do mesmo hospital. Para uma melhor estruturação do trabalho, em cada módulo de estágio é realizada uma breve caracterização do serviço, seguem-se as competências desenvolvidas e em último plano, as atividades e competências adquiridas/desenvolvidas para cada objetivo traçado.

Em relação ao estágio de cuidados intensivos, foi-me creditado de acordo com o Artigo 45 do Decreto lei n.º 74/2006 de 24 de março, por exercer funções de enfermeira há cerca de sete anos na UQ do CHLN, EPE, onde desenvolvo competências no âmbito da responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Segue-se uma breve caracterização da UQ e uma análise crítico reflexiva da minha prática tendo em conta as competências desenvolvidas.

Pertencente ao Serviço de Cirurgia Plástica, a UQ foi inaugurada no ano de 1987 e situa-se no piso 7, do HSM.

As unidades de queimados são unidades hospitalares com características muito específicas no que respeita à estrutura física, aos recursos humanos e ao tipo de cuidados prestados. É constituída por 5 quartos de isolamento, com pressão positiva; 1 bloco operatório destinado especificamente à pessoa vítima de queimadura; 1 sala de balneoterapia; 1 gabinete médico; gabinete da Enfermeira chefe; 1 sala de esterilização; uma central, local de trabalho e passagem de ocorrências de enfermagem, com equipamento de monitorização/vigilância dos doentes e com visualização a todas as unidades de internamento.

Do lado externo à unidade, existe um corredor que dá acesso às visitas e que podem comunicar com a pessoa internada através de um intercomunicador. As visitas no interior da unidade são restritas, podendo permanecer junto da pessoa num período máximo de 30 minutos por dia, após se terem equipado com farda adequada, barrete, máscara, protetores sapatos, lavagem e desinfeção das mãos.

A equipa de enfermagem, é constituída por 22 elementos, distribuídos por 4 equipas e o método de trabalho, é o método individual com relação de ajuda entre a equipa.

Desde 2006 existe assistência médica por um anestesista e em presença física nas 24 horas.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA UQ

A queimadura é a destruição mais ou menos extensa e profunda do “órgão pele”, sob ação de um agente mecânico, térmico, elétrico, químico ou radioativo (Serra, et al., 2004). A pele, incluindo a hipoderme, é o órgão mais pesado do corpo (cerca de 10Kg). É uma massa

importante de células, com funções múltiplas, e de vasos capilares que desempenham um papel central na gênese do choque da pessoa vítima de queimadura.

Os critérios de internamento numa UQ incluem: queimaduras 1º grau com SCTQ \geq 75%; queimaduras 2º grau com SCTQ $>$ 25%; queimaduras 3º grau com SCTQ $>$ 10% e toda a queimadura que inclua: face; mãos; pés; perâneo; inalação ou atingimento da via aérea e queimadura elétrica (Serra, et al., 2004).

O trauma por queimadura representa a quarta causa de morte por trauma, e dentro deste, a inalação de fumo representa mais de metade das mortes.

A avaliação inicial deve incluir os seguintes aspetos (ABCDEF): A - Airway, B - Breathing, C - Circulation, D - Disability, E - Exposition, F - Fluids (reposição dos líquidos), (Swearingen, 2003). A avaliação secundária, inclui inspeção detalhada da cabeça aos pés, a exploração das circunstâncias do acidente e os antecedentes pessoais da vítima. A gravidade da queimadura tem a ver com % de SCTQ, profundidade e localização da queimadura, potencial para lesão por inalação, idade e antecedentes da vítima. Aspetos a ter em consideração e revestidos de idêntica importância, na abordagem da pessoa vítima de queimadura, incluem: proteção contra infeções; regulação hidro eletrolítica; manutenção da temperatura corporal; mecanismo da dor e suporte estrutural.

Toda a pessoa vítima de queimadura admitida na UQ, proveniente do SUC, deve realizar análises laboratoriais de rotina, radiografia ao tórax, ECG e caso seja uma pessoa vítima de trauma, deverá realizar estudo completo do corpo (TAC), para despistar eventuais traumatismos. De seguida, deverá proceder-se à transferência para a UQ. Independentemente do local de proveniência da pessoa admitida na UQ (SUC; outro serviço da instituição hospitalar; outro hospital), antes de ser devidamente instalada no seu quarto, são prestados cuidados à pessoa na balneoterapia, ou seja, *“...é um procedimento que consiste na realização de banhos, tendo como principal objetivo a limpeza e remoção de tecidos desvitalizados, para evitar infeções (...), evitando a dor e o desconforto ao doente, depende não só da atuação de uma equipa, como também de uma afetação de recursos que um bom planeamento torna possível”* (Sousa, et al., 2003).

Procedo à colheita de dados, elaboro e implemento o plano de cuidados à pessoa/família vítima de queimadura, com base nos problemas identificados, tendo em conta as prioridades e os recursos existentes e procedo à sua avaliação, dando relevo à competência *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*. Presto cuidados qualificados de forma contínua à pessoa queimada, com uma ou mais funções vitais em risco, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Presto também cuidados à pessoa queimada em situação de emergência (suporte básico e avançado de vida) e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, realizando cuidados técnicos complexos, desenvolvendo as competências *“Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”* e *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada”*.

Faço a gestão da dor e do bem estar da pessoa, otimizando as respostas através da avaliação da dor como 5.º sinal vital, como preconizado pela DGS (2003) e adoção de medidas farmacológicas/não farmacológicas de combate à dor.

Conheço continuamente a situação da pessoa queimada/família alvo dos meus cuidados, de forma a prever e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, dando relevo à competência *“Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*.

Cuido da pessoa a vivenciar processos complexos de transição, de situações limite como é a queimadura, alterações psicológicas complexas, pessoas com falência de órgãos, em risco eminente de vida em que o seu acompanhamento e apoio psicológico são indispensáveis. Estabeleço com a pessoa/família uma relação terapêutica de acordo com a complexidade do estado de saúde da pessoa.

Devido ao risco acrescido de infeção que a pessoa queimada está predisposta (a barreira da pele encontra-se comprometida) acrescida de procedimentos e técnicas invasivas efetuadas, desenvolvo comportamentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção emanadas pela Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar, de forma a reduzir o risco de infeção, contribuindo para o rápido restabelecimento da pessoa vítima de queimadura. Ainda, em relação ao controle de infeção, supervisiono as Assistentes Operacionais, em relação aos procedimentos e circuitos exigidos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão fazendo cumprir as diretrizes estabelecidas, bem como a limpeza e desinfeção da unidade e todo o material que entra em contato com a pessoa queimada.

Exerço funções de enfermeira anestesista, instrumentista e circulante no bloco operatório, onde é intervencionada a pessoa vítima de queimadura, desenvolvendo as competências *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*; *“Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”* e *“Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações imprevistas e complexas”*.

Desempenho funções de chefe de equipa de enfermagem, estabelecendo prioridades de atuação ao longo do turno, de supervisão dos cuidados de enfermagem e das assistentes operacionais. Faço a gestão de recursos materiais e farmacêuticos necessários ao normal funcionamento do serviço. Aquando da ausência da enfermeira chefe, assumo a responsabilidade do serviço, demonstrando as competências *“Lidera equipas de prestação de cuidados especializados”*; *“Realiza a gestão dos cuidados”* e *“Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”*.

Em relação à área da formação supervisiono e oriento estudantes de enfermagem do curso de licenciatura e especialização em enfermagem; colaboro na integração de novos elementos de enfermagem e assistentes operacionais no serviço, salientando-se as competências *“Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”* e *“Colabora no processo de integração de novos profissionais”*.

Participo na realização de um trabalho de investigação “Comissão de Acompanhamento do doente queimado após a alta hospitalar”, que tem como objectivo principal assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de queimadura após o seu retorno à vida quotidiana, dando relevo à competência *“Participa e promove a investigação em serviço”*.

A reflexão como estratégia promotora do meu desenvolvimento de competências faz parte da minha prática diária quando lanço um “olhar sobre mim” (...) o meu percurso desde o ingresso no curso de enfermagem, complemento de formação em enfermagem, cursos de formação e agora o curso de especialização em enfermagem médico cirúrgica; “um olhar sobre a profissão”, (...) o papel que desempenho enquanto enfermeira (...) como me vejo como enfermeira nos dias que correm e como vejo os outros enfermeiros, se me revejo naquele enfermeiro quando o vejo cuidar de uma pessoa (...). Ao re(vivenciar) episódios e experiências, atribuímos-lhe um significado, que por si só pode ser promotor de desenvolvimento e para haver produção de conhecimento tem de haver reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a ação na ação.

3.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA-MÓDULO I

Breve Caracterização do SUC

De acordo com o Decreto-Lei n.º 18 459/2006 de 12 de setembro de 2006, o SUC é uma urgência polivalente como consta nas alíneas a) e c), ou seja, tem capacidade para atendimento de todas as situações de urgência/emergência que impliquem a existência de todas as valências de especialidades médicas e cirúrgicas, bem como áreas de diagnóstico e terapêutica que permitam a abordagem global da pessoa em situação de emergência.

Torna-se importante clarificar os conceitos de urgências e emergências, que de acordo com a DGS (2001) : *“Urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e “Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”*.

O SUC encontra-se inserido no CHLN, que abrange o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente (HPV), dando também resposta aos Hospitais Distritais da sua área de referência no que respeita às diferentes especialidades.

Está estrategicamente localizado na parte central da instituição e está dividido por duas áreas principais de atuação de acordo com a prioridade e necessidade de intervenção à pessoa que recorre ao serviço de urgência: área de ambulatório e área de internamento. A área de ambulatório é composta por vários setores da qual fazem parte: triagem; duas salas de reanimação com capacidade para três pessoas; gabinetes laranja (dois gabinetes de cirurgia e um gabinete de medicina); cinco gabinetes médicos; um gabinete de cirurgia; um gabinete de ortopedia; duas salas de espera; uma sala de aerossóis; duas salas de tratamentos; duas salas

de pequena cirurgia. A área de internamento, é composta pela sala de observação (SO) com capacidade para dezasseis doentes das diversas especialidades.

Possui desde 2003 a triagem de Manchester e desde 2006 sistema de registos em suporte informático (programa ALERT ®).

Competências Desenvolvidas no SUC

O enfermeiro do SU tem de lidar com as reações por parte da pessoa e família aos problemas de saúde reais ou potenciais, envolvendo um leque de emoções, sentimentos, sintomas e manifestações. Sheehy (2001), diz-nos que enfermagem de urgência é *“(...) a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções”*. Perante a necessidade de prestar cuidados de enfermagem de urgência, episódicos, primários e, normalmente agudos, o enfermeiro tem de possuir conhecimentos dos vários sistemas do organismo, processos de doença e um manancial de competências.

Competência, segundo Mendonça (2009:31) *“(...) não é estática, não resulta tão somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos”*. Como tal, a competência enquanto processo dinâmico, é ser capaz de mobilizar as capacidades e conhecimentos técnico científicos adquiridos em momentos oportunos e, saber adaptá-los às diferentes situações de acordo com o meio envolvente. Para isso a formação continua assume um papel de destaque no percurso pessoal e profissional do enfermeiro, para que este mantenha atualizados os seus conhecimentos, para uma melhor prestação e adaptação aos contextos de trabalho em que assume o dever de *“(c) Manter a atualização continua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Artigo 88.º da Lei n.º111/2009 de 16 de setembro). Benner (2001), defende que no exercício da prática de enfermagem é exigível aos profissionais motivação, competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, de forma a proporcionar capacidade de resposta a diversas situações complexas. A mesma autora, assume também que na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito.

Os domínios de competências exigidas ao enfermeiro especialista em EMC são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Artigo 4.º do Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista).

No SUC tive a possibilidade de prestar cuidados diferenciados à pessoa de médio e alto risco em situação de urgência/emergência, desenvolvendo competências esperadas ao enfermeiro EEMC e de acordo com o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, da UCP.

Deste modo, perante uma situação de emergência, a pessoa dá entrada direta para a sala de reanimação, em que esta dispõe de todo o equipamento técnico sofisticado necessário às exigências da pessoa. Nesta sala, prestei cuidados diferenciados a pessoas em situação de paragem cardiorrespiratória, com dificuldade respiratória grave, doentes em situação de choque, doentes politraumatizados, doentes grandes queimados, entre outras diversas situações de emergência. Associado aos conhecimentos e habilidades técnicas que o enfermeiro deve possuir, são necessárias também algumas características, como sejam rapidez na atuação, agilidade, eficiência, organização e assertividade ao longo do seu desempenho. Desenvolvi as competências *“Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”* ; *“Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos”* e *“Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*.

Quando a pessoa, em situação de urgência recorre ao SU é realizada triagem, triagem de Manchester, em que o enfermeiro tem que ser detentor de um domínio de conhecimentos alargado em várias áreas, destreza, muita perspicácia e desperto para mentalmente poder prevenir determinadas situações com a pessoa/família que tem diante de si, bem como compreensão dos fluxogramas disponíveis no sistema de triagem de prioridades de Manchester. É o enfermeiro da sala de triagem que estabelece o primeiro contacto com a pessoa/família e que vai ser determinante na relação terapêutica que se vai estabelecer. Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes, dão o tom à relação (Lazure, 1994). Neste sentido, o acolhimento da pessoa/família no SU e o nosso primeiro encontro com ela, são determinantes. Uma comunicação que começa mal é difícil de corrigir, como tal é exigido ao enfermeiro um saber inato para comunicar de forma clara, concisa e adequada perante as mais diversas situações de instabilidade quer física, quer psicológica. Deve possuir também conhecimentos técnico científicos para interpretar os sinais e sintomas avaliados de forma a realizar a triagem o mais correta e adequada possível, respondendo às múltiplas necessidades e exigências de todos os que ocorrem ao SU, prestando cuidados de enfermagem com qualidade e em tempo útil. De acordo com o Artigo 83.º, da Lei n.º111/2009 de 16 de setembro, *“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”* e *“d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”*.

Na triagem, acompanhei e participei ativamente com pensamento crítico e reflexivo com a enfermeira orientadora, podendo assim desenvolver as competências *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* e *“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”*.

Prestei cuidados segundo o processo de enfermagem *“(…) e, onde o centro de interesse é a*

pessoa e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhes permite fazer o diagnóstico e o planeamento do trabalho, que ele próprio executa e controla” Amendoeira (2000), a pessoas com a mais diversa sintomatologia e manifestações clínicas. A resolução de problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino à pessoa/família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais.

Elaborei diagnósticos de enfermagem e priorizei os problemas identificados, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que me permitissem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado. Os problemas podem ser percebidos, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais e são principalmente, episódicos ou agudos ocorrendo em ambientes variados.

É indispensável que o enfermeiro perante um ambiente de ritmo acelerado, como é o SU, assimile os dados essenciais para elaborar o plano de cuidados junto da pessoa. Para tal tem de ser detentor de um vasto leque de técnicas e conhecimentos altamente especializados para fazer face aos desafios que surgem na prestação de cuidados à pessoa/família no SU. De salientar que o estado clínico da pessoa pode sofrer alterações de um momento para o outro, pelo que avaliação deve ser contínua, bem como os diagnósticos de enfermagem serem alterados com a mesma rapidez. Assim, foram criados momentos de avaliação ao longo do processo às respetivas alterações sempre que foi necessário, visando a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, enquanto futura enfermeira especialista identifiquei o foco de enfermagem, elaborei diagnósticos e promovi ações de forma a dar resposta ao problema da pessoa. Desenvolvi as competências *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”* e *“Zela pela qualidade dos cuidados prestados”*.

A relação terapêutica estabelecida teve como base o respeito pelas capacidades e na valorização do papel da pessoa a quem prestei cuidados, com o objetivo de a ajudar a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde. Sempre que foi possível envolvi a família/pessoa significativa, no processo de cuidados, desenvolvendo competências comunicacionais e relacionais, pois como afirma Catita, et al., (2000) *“Os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para prestar cuidados de enfermagem ao doente na sua globalidade. É fundamental que o enfermeiro esteja desperto para a relação de ajuda, pois no seu trabalho é diariamente confrontado com seres humanos que sofrem física e psicologicamente”*.

Sem uma comunicação eficaz, o entendimento é impossível, ninguém consegue saber o que pretendemos e o que queremos dizer. Corroborando Lazure (1994) *“O enfermeiro/a tem de crescer nas suas competências comunicativas”* e que são as seguintes: empatia; respeito mútuo; clarificação; capacidade de dar feedback; capacidade de colocar questões; congruência; síntese; escuta; confrontação; aceitação incondicional da pessoa doente e autenticidade. É impossível não comunicarmos, a comunicação está omnipresente. A linguagem do corpo fala por nós, mesmo quando não nos queremos revelar: na maneira como expressamos o olhar, na expressão da face, na postura que adoptamos, nos gestos que fazemos, nas palavras que usamos, na roupa que vestimos, na nossa conduta, na maneira

como ocupamos o ambiente e mesmo quando estamos em silêncio.

A comunicação é um instrumento terapêutico essencial, não só para a transmissão de más notícias, mas em todo o processo de relação que estabelecemos com o *Outro* (Lazure, 1994). Relacionamo-nos através da comunicação, dando relevo à competência *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*.

Promovi a autonomia da pessoa/família, respeitando os seus valores, crenças e princípios, estabelecendo uma relação terapêutica com base na confiança, empatia e relação de ajuda. Demonstrei uma tomada de decisão ética defendendo e incentivando a autonomia da pessoa/família de acordo com o estado de saúde no momento. Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem estar do ser humano. O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: *“a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”* (Artigo 89.º da Lei n.º111/2009 de 16 de setembro). O enfermeiro estabelece com a pessoa uma relação de ajuda que lhes permita enfrentar a crise que a doença representa, no sentido de humanizar e individualizar os cuidados prestados. Cuidar no SU implica ser capaz de criar um clima favorável, de confiança, dar espaço e tempo à pessoa para expressar e verbalizar os seus sentimentos e emoções. Muito mais do que saber usar conhecimentos científicos, cuidar é saber respeitar a individualidade da pessoa que estamos a cuidar, aceitando-a de forma única, que necessita de cuidados únicos e perante uma situação única.

O respeito por si próprio enquanto pessoa, é condição essencial para respeitar o *Outro*, e o enfermeiro tem de ter a capacidade de saber relacionar-se e trabalhar com os outros, tem que ter competências de percepção e inter percepção nas relações pessoais, preocupação e solicitude em relação aos outros. Isto quer dizer que o enfermeiro deve ter capacidade intuitiva de captar as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros e deve também estar disponível para os outros, manifestando preocupação verdadeira pelas suas necessidades e bem estar. A comunicação e o trabalho em equipa assumem grande importância no desempenho profissional, aplicando a competência *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”*.

De forma autónoma assumi a responsabilidade pelos cuidados prestados, de acordo com o Artigo 78.º, da Lei n.º111/2009 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”*. Ao longo do estágio tive a necessidade de clarificar e aprofundar conhecimentos realizando revisões da literatura de forma a manter-me atualizada e prestar cuidados de qualidade, dando resposta à competência *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*.

Colaborei na formação e integração de alunos e de novos profissionais de enfermagem por ser detentora de *“(...) mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e refletidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, um profissional que adota uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável”* (Alarcão, 2003:58). Desenvolvi, deste modo as competências *“Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”* e *“Colabora no processo de integração de novos profissionais”*.

Particpei com o Enfermeiro Chefe e Enfermeira orientadora, na gestão de cuidados/recursos humanos e materiais, com vista a rentabilizar e melhorar o funcionamento/organização quer da equipa, como do próprio serviço, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados, em conformidade com a competência *“Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização”*.

Efetuei também supervisão das atividades de Assistentes Operacionais, em conformidade com o Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), respeitante à delegação de tarefas, *“Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”*. Supervisionei a relação que estabelecem com a pessoa/família, a forma como dão resposta às suas solicitações, desde o fornecimento de alimentação, acompanhamento para a realização de exames complementares, como colaboram na preparação para o internamento, bem como todas as atividades de limpeza e manutenção de material e equipamento técnico.

Com o aumento do número de pessoas em situação crítica a recorrerem ao SU, quer pelo envelhecimento da população, quer por parte da política de saúde em relação aos cuidados de saúde primários e aos cuidados continuados não conseguirem dar resposta às necessidades da população e as pessoas submetidas a cirurgia e outras situações terem alta o mais cedo possível, faz com que a pessoa recorra ao SU cada vez mais grave e o tempo de permanência seja mais prolongado. Estas condicionantes fazem com que os enfermeiros do SU prestem cuidados à pessoa em estado mais crítico por períodos mais longos e com maior complexidade de cuidados, exigindo ao enfermeiro mais conhecimentos, de modo a permitir-lhe tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados à pessoa em situação crítica. O enfermeiro tem cada vez mais um papel mais ativo no processo de tomada de decisão face às exigências da pessoa que cuida e da sociedade em que está inserido, neste caso específico, o serviço de urgência.

O plano de estudos curricular do curso de especialização em EMC, preconiza objetivos de âmbito geral, de forma a orientar globalmente as competências a desenvolver. Assim, estes objetivos operaram como linha orientadora na aquisição de competências nos domínios da prestação de cuidados especializados, na gestão, na supervisão clínica, na formação e na investigação em enfermagem.

Neste contexto, passo a relatar os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas que possibilitaram a sua realização, bem como as competências desenvolvidas como enfermeira especialista.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área técnica, científica, ética e relacional à pessoa/família em situação de médio e alto risco em contexto do serviço de urgência.

O alvo da minha intervenção é a pessoa/família em situação crítica a vivenciar processos de transição promovendo a saúde e o bem-estar da pessoa, implementando medidas, executando e avaliando estratégias de intervenção ao nível conceptual, relacional e técnico, com o objetivo de possibilitar transições de vida saudáveis e consequentemente cuidados de saúde de qualidade.

Durante o período de tempo que decorreu o estágio no SU, tive a oportunidade de conhecer e analisar de forma crítica/reflexiva todos os setores que dele fazem parte. Optei por desenvolver o estágio maioritariamente na sala de reanimação, na sala de observações (SO) e sala de tratamentos, por ser nestes setores que a pessoa/família se confronta com situações de maior incerteza e imprevisibilidade, que de acordo com Mishel, citado por Tomey, et al., (2004:638) incerteza é “(...) um estado cognitivo no qual os indivíduos são incapazes de determinar o significado de eventos relacionados com a doença”. O enfermeiro tem de possuir uma elevada capacidade de resposta e um elevado manancial de competências que lhe permitam responder adequadamente às necessidades e exigências da pessoa, da família, da comunidade e da instituição. Juntamente com o facto de se tratar de um serviço em que o ambiente não é controlado, predominando a incerteza, a necessidade de estabelecer prioridades na prestação de cuidados é uma constante.

Espera-se que o enfermeiro especialista seja detentor de um domínio alargado e aprofundado de conhecimentos e saberes de enfermagem, grande capacidade de lidar com a imprevisibilidade, capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente, destreza manual e rapidez na ação, autocontrole emocional, facilidade de comunicação nas mais diversas situações e ao público em geral, bem como a capacidade de articulação com os diversos serviços da instituição e comunidade. Deste modo, cuidar num SU é muito mais do que possuir conhecimentos técnico científicos, é ser capaz de cuidar de forma individual, única e humanizada (Alminhas, 2007).

Em qualquer contexto de atuação no SU, o agir profissional tem de ser autêntico e humanizado sempre que nos apropriamos das dimensões da pessoa a viver processos de transição, ou seja, a transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada.

O processo de saúde-doença que ocorre na vida das pessoas que provêm ao SU exigem respostas para que estas possam ultrapassar momentos de instabilidade, fragilidade emocional, mudanças de auto estima, mudanças de desempenho de papéis, ansiedade e

insegurança para alcançar o equilíbrio perdido. Ao basearmos o nosso cuidado num modelo de transição, estamos a contribuir para aumentar as possibilidades de ajuda à pessoa/ família, não enfocando apenas a sua cura, mas sim o verdadeiro sentido do cuidar.

Devemos adotar novos modelos de cuidar e que fortaleçam o agir profissional, demonstrando a verdadeira dimensão da prática do cuidar. *“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”* (Hesbeen, 2000:10).

Pude constatar que independentemente do setor de urgência a que é encaminhada a pessoa/família após a triagem e mesmo durante a sua realização é evidente o estado de ansiedade e angustia da pessoa manifestado de diversas formas passando pelo choro, riso, inquietação, um certo nervosismo, tremores, suores, taquicardia, etc. A pessoa experiencia uma mudança do seu estado de saúde ou mesmo descompensação de uma situação de doença crónica que se manifesta ao nível individual e familiar, na sua identidade, nos papéis, nas relações, nas capacidades e nos padrões de comportamento. Tais mudanças podem provocar alterações profundas na vida de cada um e dos que o rodeiam e têm implicações importantes no bem estar e na saúde.

Várias foram as situações em que apurei o impacto das transições na pessoa relativas a situações de saúde-doença, nomeadamente pessoas portadoras de doença crónica em fase de agudização dos sintomas, particularmente com necessidades de ajuda na satisfação das necessidades humanas básicas, com grau de dependência elevado, com problemas decorrentes da imobilidade, com quadro de febre, desidratação, vômitos, diarreia, entre outros sintomas e manifestações.

O modelo de transição de Meleis, assenta na integração em que considera que os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas inter relações e nas expetativas ou nas capacidades. Foi minha inquietação constante implementar estratégias no sentido de proporcionar sensação de bem estar à pessoa/família nas múltiplas dimensões: bem-estar físico, bem estar social, espiritual e psicológico.

O enfermeiro atende pessoas em processo de transição, em especial na situação de doença crítica que normalmente implica mudanças profundas para a pessoa/família, como o afastamento do seu lar, da sua família, dos seus amigos e muitas vezes dos seus projetos de vida. Ao longo do estágio valorizei a pessoa/família evidenciando uma visão humanística em todos os cuidados que prestei e relação que estabeleci com o Outro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1 - Desenvolver a uniformização de cuidados de enfermagem na abordagem da pessoa vítima de queimadura estabelecendo a ligação do Serviço de Urgência com a Unidade de Queimados do HSM.

Este objetivo surge do facto de exercer funções numa UQ, do interesse por aprofundar e partilhar conhecimentos nesta área e o gosto pessoal de poder cuidar da pessoa/família vítima de queimadura.

Uma das susceptibilidades detetadas aquando da prestação dos primeiros cuidados à pessoa vítima de queimadura na sala de reanimação, foi a circunstância de os enfermeiros se preocuparem em restabelecer o seu estado fisiológico (permeabilidade da via aérea, ventilação, circulação e avaliação neurológica) esquecendo parte das vezes o controlo da dor, da ansiedade, da infeção e a exposição ao ambiente, em conformidade com as competências *“Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”* e *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*.

Após entrevistas formais não estruturadas com os colegas foi unânime o interesse demonstrado no aprofundamento de conhecimentos em relação a esta temática e a partilha do sentimento de se sentirem pouco à vontade e “não gostar do doente queimado”.

Foram quatro pessoas vítimas de queimaduras graves a quem pude prestar cuidados especializados de enfermagem. Numa primeira abordagem foi avaliada a vítima de acordo com a regra A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability e E – Exposition como qualquer vítima de trauma (Nunes, 2009). Depois de estabilizada e proporcionado bem estar físico, dirigi a minha atenção para o bem estar emocional da pessoa/família na tentativa de perceber o significado/sentido dado pela própria pessoa à importância atribuída e de compreender a mudança (transição) que estava a vivenciar naquele momento. É sabido que a queimadura provoca sequelas tanto visíveis (alterações físicas e funcionais, limitações e dependência a vários níveis, etc.) como psicológicas, pelo próprio trauma da queimadura, como alterações da imagem corporal que levam a pessoa a uma negociação, confrontação e adaptação com uma nova realidade e ambiente que a rodeia. Meleis & Schumacher (1994) defendem que as alterações corporais profundas são inerentes em várias transições e o nível de conforto com estas alterações corporais influenciam o bem estar durante a transição.

Um Senhor, de 42 anos de idade deu entrada na sala de reanimação vítima de queimadura por explosão de gasolina em ambiente aberto (local de trabalho), da qual resultou 20% SCTQ que abrangia a face (1º grau); MSD e tronco posterior (2º grau superficial). Trazido pela VMER de Évora para avaliação pela equipa de Cirurgia Plástica. Aquando da sua chegada à sala apresentava-se apreensivo com todo o aparato que o rodeava, aparelhos, monitores, seringas e bombas infusoras, enfim uma panóplia de recursos materiais necessários para dar resposta ao estado crítico de qualquer pessoa que ali dê entrada. Além deste aparato, também as

peças que ali se encontravam eram numerosas, desde enfermeiros, médicos de várias especialidades, técnicos de análises, de electrocardiograma, de Rx e Assistentes Operacionais. Todo este ambiente desconhecido é gerador de stress e o meu objetivo neste momento era implementar intervenções com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem estar à pessoa que tinha perante mim. De referir que, se encontrava consciente, orientado no tempo e no espaço e em ventilação espontânea, sem alterações do seu estado hemodinâmico, referindo um certo desconforto em relação ao facto de os pensamentos se encontrarem desfeitos e húmidos.

Apresentei-me, informando-o que estava disponível para o ajudar perante esta situação que estava a viver, mostrando empatia e criando um clima de confiança de forma a expressar os seus medos e qualquer outro sentimento que estivesse a viver no momento.

É fundamental estabelecer uma relação de confiança com a pessoa/família, que vivem nesta fase momentos de angústia, explicando-lhes todos os procedimentos a efetuar, proporcionando-lhes suporte emocional para ultrapassarem as dificuldades do momento. Uma abordagem firme, consciente e baseada em respostas verdadeiras a qualquer pergunta permitirá à pessoa/família confiar na equipa (Lazure, 1994).

As pessoas vítimas de queimadura experienciam alterações em relação à sua aparência e ficam profundamente preocupados com a sua auto imagem. O processo de queimadura geralmente resulta em sofrimento emocional, particularmente quando tenha havido alterações na aparência ou funcionamento físico devido à perda de características faciais, membros, alterações a nível funcional, serem separados de amigos, de familiares, perda de emprego, entre muitos outros aspetos (Badger, et al., 2010).

Em relação ao controlo da infeção e sua exposição ao ambiente é fundamental a manutenção da temperatura corporal, mantendo a pessoa aquecida, roupa da cama seca e confortável, evitando a hipotermia. O uso de equipamento de proteção individual (bata/aventil, máscara e luvas esterilizadas) também tem de ser tido em conta, uma vez que a pessoa queimada se apresenta sem a barreira protetora contra agentes externos e todos os cuidados têm que ser redobrados pois o risco de infeção é elevado e pode levar à morte.

Um outro aspeto que me suscitou inquietação foi o facto de quando a pessoa vítima de queimadura ser transferida para a UQ da mesma instituição ter de realizar pensamentos às áreas queimadas no SU sem condições de isolamento em relação ao espaço físico e não estar presente um médico anestesista disponível para controlo da dor. A sala de reanimação é um espaço amplo, sem condições de isolamento, em que entram e saem vários profissionais e a pessoa se encontra exposta a este meio ambiente propício à infeção.

A consciência crítica desta problemática da estrutura física, demonstra a competência *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*. Este procedimento não se justifica, pois toda a pessoa vítima de queimadura aquando da sua admissão na UQ realiza balneoterapia. Este banho terapêutico é realizado sob efeito de sedo analgesia, com a presença de um médico anestesista e três enfermeiros (1 enfermeiro de

apoio à anestesia e 2 enfermeiros na prestação de cuidados diretos à pessoa queimada), em que mantendo todos os cuidados de assepsia, ambiente/condições adequadas e recursos humanos/materiais é removido o tecido desvitalizado mantendo a área queimada limpa. Posteriormente é avaliada a área corporal queimada pelo Cirurgião Plástico, realizados protocolos da unidade (zaragatoas da naso/orofaringe e áreas queimadas) e efetuados pensos de acordo com as características da queimadura.

Tendo em conta os cuidados de enfermagem realizados na balneoterapia levou-me a refletir porque é que a pessoa vítima de queimadura no SU teria que ser exposta e submetida à realização de pensos tendo em conta que o espaço físico não reúne condições, a não existência de recursos humanos/materiais, não haver médico de anestesia permanente que possa acompanhar a pessoa queimada e ter um controlo mais apertado no alívio e sintomatologia da dor contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, possibilitando-me o desenvolvimento das competências *“Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas”* e *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família”*.

Debati de forma sustentada em evidência científica esta situação com o Enfermeiro Chefe do SU, a Enfermeira Chefe da UQ e a Enfermeira Orientadora. Foram unânimes os pareceres de que não se justificava estar a submeter a pessoa que sofreu queimadura a um procedimento doloroso e invasivo e os ganhos em saúde no que concerne aos gastos de material também eram evidentes, dando relevo às competências: *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”*; *“Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”* e *“Realiza a gestão dos cuidados”*.

Para dar resposta a este objetivo procedi à elaboração de uma norma de procedimentos de enfermagem (Apêndice A) e um poster (Apêndice B) sobre a *“Abordagem da pessoa vítima de queimadura no SU”*. A norma de procedimentos de enfermagem tem como objetivo uniformizar procedimentos no seio da equipa de enfermagem do SU e da UQ, desenvolvendo as competências: *“Zela pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização”* e *“Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”*. O póster tem como objetivo fundamental de servir como instrumento de consulta sobre os aspetos cruciais a ter em conta na abordagem da pessoa vítima de queimadura e ser de fácil acesso a todos elementos da equipa de saúde, desenvolvendo a competência: *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*.

OBJETIVO 2 - Promover formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a temática “Abordagem da pessoa vítima de queimadura no serviço de urgência”.

Como sou detentora de experiência profissional e conhecimentos especializados nesta área decidi partilhá-los com a equipa (Apêndice C) ao longo dos turnos realizados e através da realização de duas ações de formação (Apêndice D) destinadas aos enfermeiros do serviço de

urgência, desenvolvendo as competências *“Identifica as necessidades formativas na sua área de especialidade”* e *“Promove formação em serviço”*. Em cada final da sessão de formação foi aplicado um questionário (Apêndice E) com o propósito de avaliar os conteúdos e a pertinência da sessão de formação (Apêndice F). No que diz respeito à apreciação crítica da ação de formação, consideraram: *“oportuno”*; *“Ação de formação explícita de forma simples e sucinta e de fácil entendimento”*; *“Pertinente e bem estruturada”*; *“Trabalhando num serviço de urgência e sendo a primeira abordagem junto do doente da responsabilidade do enfermeiro, parece-me de todo pertinente este tipo de formação”*; *“Foi esclarecedora a formação, bastante pertinente para o contexto”*; *“Foi muito objetiva na apresentação, facilitando a assimilação da temática abordada”*; *“Teve um contributo muito positivo para a nossa prestação de cuidados ao doente queimado e que não é muito frequente. Ajudou a ter uma abordagem mais eficaz”*. A única sugestão feita foi a realização de uma ação de formação sobre a realização dos pensos aos doentes queimados.

Foi gratificante o interesse demonstrado pelos enfermeiros do SU, em relação à temática, pela participação e questões que colocaram nas ações de formação realizadas e referiram sentirem mais confiança e à vontade para poderem cuidar da pessoa/família vítima de queimadura em todas as suas vertentes.

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS – MÓDULO III (OPCIONAL)

Breve Caracterização da Consulta de Cuidados Paliativos do CHLN, HSM

Em 08 de março de 2006, foi aprovada por Deliberação em Conselho de Administração do CHLN, EPE, a proposta de constituição da Unidade de Cuidados Paliativos de Nível 1, do CHLN – Equipa de Suporte Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos.

Os cuidados paliativos devem ser planeados em função de níveis de diferenciação, que de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2006), caracteriza em 3 níveis (nível 1, nível 2 e nível 3 de cuidados paliativos). A Equipa de Suporte Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLN, é uma equipa de nível 1 e segundo o mesmo programa, se caracteriza por: *“São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos; Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua atividade; Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário; Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado”* (PNCP, 2006).

A consulta de cuidados paliativos, situa-se no setor de ambulatório, no piso 1 e funciona das 08.00h às 20.00h, de segunda a quinta feira e das 08.00h às 16.30h, à sexta feira.

A equipa é constituída por: 1 Médica; Enfermeira Chefe; 3 Enfermeiras; 1 Assistente Social; 1 Psicóloga; 1 Administrativa ; 2 Assistentes Operacionais; Dietista; Capelão e 2 Voluntários.

Tem como missão, garantir apoio e suporte às pessoas internadas no CHLN, com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, proporcionando-lhes mais qualidade de vida, dignidade e cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade.

Os destinatários do apoio clínico, global e interdisciplinar da equipa intra-hospitalar serão:

- Os doentes internados que cumulativamente não têm perspetiva de tratamento curativo; têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada e têm intenso sofrimento;
- Os doentes internados que têm problemas e necessidades de difícil resolução, decorrentes da situação de doença avançada e/ou grave e que, pela sua complexidade, exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, em conformidade com Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, assegura: *“Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; cuidados médicos e de enfermagem continuados; tratamentos paliativos complexos; consulta e acompanhamento de doentes internados; assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; cuidados de fisioterapia; apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto”*.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei no 101/2006,

de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, tem por objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, incluindo a prestação de cuidados paliativos. Em 2010, foram referenciados 24004 doentes dos quais 79,9% com mais de 65 anos e 40,3% com mais de 80 anos (Plano Nacional de Saúde, 2012).

A equipa de enfermagem presta cuidados em três áreas de intervenção: consulta, interconsulta e monitorização telefónica. Na interconsulta, procede-se ao acompanhamento dos doentes internados que são referenciados à consulta. A monitorização telefónica é realizada de acordo com as necessidades identificadas na consulta e durante as próprias monitorizações. Tanto a pessoa como a família/cuidador sentem-se acompanhados e apoiados e sabem que em caso de dúvidas ou problemas que possam surgir, podem ligar e serem aconselhados.

Competências Desenvolvidas em Cuidados Paliativos

O primeiro contacto que estabeleci com a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, foi com uma jovem (30 anos de idade) com o diagnóstico de adenocarcinoma do intestino, com ileostomia, estadio IV e com metastização múltipla. Veio à consulta, onde já era acompanhada, por descontrolo sintomático (dor, candidíase oral, astenia e anorexia). Estava acompanhada pela avó materna e o seu corpo emagrecido, frágil e sensível, com andar arrastado, olhar encovado, com fâcies de dor, tristeza e preocupação, em busca de ajuda e conforto, deixavam transparecer uma grande batalha contra a doença que a acompanhava desde os nove anos de idade.

Submetida a vários tratamentos invasivos, desde cirurgias, passando pela radioterapia e quimioterapia, não foram suficientes para combater a doença que geneticamente tinha recolhido de sua mãe que já tinha falecido com o mesmo problema. Por sua vez, uma das suas duas filhas após ter sido feito rastreio também foi verificado que era portadora de tal carga genética.

No decorrer da consulta fui-me aproximando, abordando e manifestando sensibilidade na escuta, através de gestos de afetividade, compreensão, disponibilidade, acolhendo-a com a máxima dignidade, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, respeitando sempre a perspetiva da própria. Através da comunicação permiti-mos ao *Outro* a possibilidade de organizar e clarificar certos aspetos da sua vida, reduzindo a incerteza, aceitando-a incondicionalmente. Estabeleci uma relação terapêutica e foquei que estava ali para a ajudar, acompanhando-a e proporcionando alívio da dor e outros sintomas que lhe causavam desconforto, desenvolvendo a competência *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*. Avaliei e diagnostiquei as necessidades de cuidados paliativos, ao nível físico, psico-emocional, espiritual e sociofamiliar, elaborando um plano de cuidados (avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em harmonia com os seus desejos e preferências). Priorizei os seus sintomas descontrolados, de acordo com a

intensidade e prioridade para a doente, através de escalas (Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); escala de desempenho de Karnofsky; Índice de Barthel; escala de Norton) e conhecimento científico, desenvolvendo a competência *“Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”*.

Proporcionei alívio sintomático através de medidas farmacológicas (administração de terapêutica endovenosa) e medidas não farmacológicas (adopção de posição antiálgica) de forma a sentir-se confortável, dando relevo à competência *“Promove intervenções junto de pessoas com doença incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”*.

Depois de realizado o exame físico pela médica, informou-a da necessidade de ter que ficar internada para melhor controlo dos seus sintomas.

Foi neste momento que desabou sobre si uma enorme inquietação e preocupação, manifestada por agitação psicomotora e choro, dizendo que não podia ficar hospitalizada, não tinha com quem deixar os filhos. Por questões profissionais o marido estava fora a semana toda e muitas das vezes também ao fim de semana. As únicas pessoas que lhe davam apoio eram a avó, mas que devido à sua idade avançada e problemas de saúde não lhe era permitido nem exigido o desempenho de tarefas de responsabilidade, como seja, os bisnetos ficarem sob sua supervisão em caso de a neta ficar internada. A outra pessoa que a apoiava e poderia ficar com as crianças em algumas situações era a sua madrinha. Depois de algumas confidências, referiu que precisava de ir a casa organizar algumas coisas e conversar com a sua madrinha na possibilidade das crianças ficarem a seu cargo. E assim foi, nesse dia foi para casa e regressou no dia seguinte para ficar internada.

Ao longo da consulta, houve partilha de experiências, da sua história de vida, dos bons momentos que tem passado com os seus filhos, tem feito grandes esforços para poder pegar-lhes ao colo e brincar com eles, pois as forças vão escasseando. Reforcei todos estes momentos de alegria e prazer que tem sentido em gostar de viver e partilhar com as pessoas que mais gosta. A importância de fazer planos e estabelecer objetivos realistas e a curto prazo, como conseguir ir buscar os filhos à escola. Utilizei ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa e sua familiar, de forma a permitir uma comunicação honesta, uma esperança realista, bem como o ajuste de expectativas. Envolvi a doente na tomada de decisão, em relação ao seu internamento não poder ser no próprio dia, mas no dia seguinte porque tinha que organizar a sua vida e lhe cabe a si a capacidade de decidir, dando relevo à competência *“Negoceia objetivos/metabolismos de cuidados, mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico”*.

Uma situação de doença crónica incapacitante e terminal, leva a pessoa a questionar-se e a procurar sentido para a vida. Foi neste sentido que direcionei as minhas intervenções de esperança, proporcionando bem estar físico, emocional, espiritual e social. Nesta relação terapêutica coloquei à prova a minha capacidade de reagir perante situações constrangedoras, pelo facto de ser uma pessoa muito jovem, praticamente próxima da minha idade, em que a dificuldade de poder ajudar e partilhar se torna mais difícil para mim, aliada a todo o contexto

familiar preocupante e problemático. Fez-me também refletir sobre a importância que damos a certas situações e acontecimentos da nossa vida. De que cada dia tem de ser vivido no momento presente e encarado como um bem e alegria.

Foi um grande desafio, pela partilha de sentimentos e emoções que houve entre a equipa e a relação que consegui estabelecer com a própria pessoa e familiar, desenvolvendo a competência “ *Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz*”.

Pude antecipar e por em prática intervenções de enfermagem, de estar ... de sentir ... e viver com o *Outro*, com o objetivo de cuidar da pessoa/familiar/cuidador promovendo a sua qualidade de vida e dignidade humana.

Ao longo do tempo que permaneci na equipa de cuidados paliativos, enquanto futura enfermeira especialista, abordei a pessoa, a família e cuidadores numa perspetiva holística de saúde e da satisfação das suas necessidades humanas básicas, recursos, objetivos e desejos de vida, preservando a sua dignidade, diminuindo o seu sofrimento e maximizando a sua qualidade de vida. Foi gratificante estabelecer uma relação terapêutica com todos aqueles de quem cuidei, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver competências de enfermeiro especialista na assistência de enfermagem avançada à pessoa/família/cuidador em cuidados paliativos.

Ao longo deste estágio na consulta de cuidados paliativos do HSM, permitiu-me refletir e analisar de forma crítica em relação ao seu funcionamento, organização, dinâmica, recursos humanos/materiais e essencialmente sobre a abordagem e cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família/cuidador com doença crónica incapacitante e terminal.

Os cuidados paliativos são cuidados prestados à pessoa/família/cuidador decorrentes de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável. Nesta perspetiva os cuidados curativos e os cuidados paliativos assumem ênfases diferentes de acordo com a fase evolutiva da doença. Assim, quando a doença deixa de responder a um tratamento específico e atinge um estadió avançado, tomam lugar as medidas paliativas.

Frequentemente constatei que é na consulta de cuidados paliativos que a pessoa se confronta com a situação de doença incurável e mudança na sua vida, em que tudo deixa de fazer sentido e a pessoa se entrega nas mãos do poder da ciência para alívio do seu sofrimento seja ele físico ou espiritual. Perante a vulnerabilidade da pessoa numa situação tão complexa, de confronto com a realidade e a sua impotência em que declaram um pouco de qualidade de vida e de conforto, com sentimentos de revolta, tristeza, lágrimas e desânimo. Também para mim foi muito difícil e constrangedor participar na partilha de momentos tão íntimos e ao mesmo tempo tão poderosos, em que exigem competências no domínio do saber-saber e saber-ser/estar.

A transição de cuidados curativos para cuidados paliativos é estabelecida pela passagem de uma condição de cura para uma situação de incurabilidade, em que a pessoa se depara de forma abrupta e intensa, com mudanças que influenciam a sua vida e a sua atitude perante si própria e os outros.

O enfermeiro relaciona-se com pessoas que estão em transição, em que há alteração no seu estado de saúde, nos seus papéis relacionais, expectativas ou capacidades, ou seja, em que ocorre uma mudança nas necessidades de todos os sistemas humanos. O enfermeiro desenvolve um papel muito importante com a pessoa/família/cuidador em reduzir o sofrimento e proporcionar o máximo de conforto e qualidade de vida possível, através de tratamentos específicos direcionados não só para os problemas físicos mas também para os psicossociais e espirituais.

Deste modo, em cuidados paliativos, torna-se imperioso aprofundar conhecimentos acerca de referenciais teóricos que orientem o cuidado de enfermagem em relação à pessoa/família/cuidador que vivenciam mudanças na sua vida de modo a proporcionar conforto e facilitar a sua adaptação aos acontecimentos transicionais.

Assim, é primordial refletir à luz de referenciais teóricos que possam conduzir o cuidado de enfermagem em contexto de cuidados paliativos, necessitando de conhecimentos acerca da teoria, seus postulados e sua adaptabilidade aos conceitos e domínio da prática. Por esta razão, o Modelo de Transição de Meleis serviu como fundamentação para as minhas dúvidas e perguntas relativas às mudanças que a pessoa/família/cuidador experienciam em situação de transferência de cuidados curativos para cuidados paliativos.

Para Meleis (2005) a transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem dando um contributo para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem diante dos processos transicionais, relacionando-se com o cuidado, a prevenção e intervenção para cada caso específico de ocorrência, possibilitando um enfoque inovador de cuidado com íntima relação com o ambiente. Como enfermeira especialista além do conhecimento necessário para fundamentar as nossas intervenções, devemos ter o papel de promoção da adaptação do ser humano perante estes processos de transição.

As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando o seu equilíbrio e bem estar. Estas mudanças nas condições de saúde, nas relações, nas expectativas ou habilidades, requerem que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos, conseqüentemente, alterem a definição de si, num novo contexto social (Meleis, 2005). Importa evoluir no âmbito do exercício profissional de paradigmas assentes no modelo biomédico para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de enfermagem (paradigma da transformação), com relevo nas respostas humanas envolvidas nas transições (Silva, 2007).

O enfermeiro no desenvolvimento das suas ações tem que ter em conta todas as dimensões, considerando a pessoa como um ser holístico. Todo o meu agir na relação que estabeleci com a pessoa/família/cuidador foram sempre com o objetivo de proporcionar conforto e bem estar, de outra maneira seria um contrassenso e nunca poderiam ser cuidados paliativos. Kolkaba

(2003) define conforto como a experiência do indivíduo ter as suas necessidades humanas básicas (alívio, tranquilidade e transcendência) atendidas, direcionando-se para o conforto da pessoa, evitando sempre o desconforto. Segundo Kolcaba o conforto aborda três vertentes: tranquilidade – estado de calma ou satisfação; alívio – estado de ter um desconforto específico aliviado; e transcendência – estado daquele que está acima dos seus problemas. Para a autora este conforto pode ser experienciado em quatro contextos: físico (sensações do corpo); psicoespiritual (autoconhecimento, ligação com entidades superiores); ambiente (meio envolvente – luz, barulho, temperatura, etc.) e social (relações interpessoais, familiares e sociais). E porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas ações que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas” que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” a quem prestamos os nossos cuidados (Hesbeen, 2000). São “pequenas coisas” aquelas que para uma determinada pessoa dão sentido à vida e são importantes, a preocupação do enfermeiro com o *Outro*, na sua existência; participar plenamente na saúde e proporcionar bem estar aos que recorrem aos nossos cuidados. Cuidar é a essência da enfermagem e “(...) *designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde*” (Hesbeen, 2010).

Pretende-se que o cuidado de enfermagem assente numa relação interpessoal seja fundamentado em teorias de enfermagem, com base no diagnóstico e assistência face às respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e família ao longo do ciclo de vida, usando conhecimento gerado pela investigação e mais competências de decisão, ou seja, no sentido de uma enfermagem avançada.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver competências na área de intervenção à pessoa/família/cuidador em contexto de doença terminal com descontrolo sintomático.

Os Cuidados Paliativos assentam em quatro áreas fundamentais revestidas de idêntica importância, sem ser menosprezada nenhuma delas e que são: controlo dos sintomas; comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho em equipa.

A área alvo da minha reflexão, de forma a concretizar este objetivo a que me propus, foi o controlo sintomático. Assim, desenvolvi um estudo de caso aplicado a uma pessoa em consulta de cuidados paliativos, encaminhada para esta consulta pela sua médica oncologista, por descontrolo sintomático (Apêndice G).

No controlo sintomático é fundamental saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que vão surgindo e que têm repercussões diretas sobre o bem estar da pessoa. Exige por parte dos profissionais de saúde formação na área de cuidados paliativos, como consta no Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, Artigo 40.º “*A prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica*” em que deverá ser detentor de conhecimentos,

aptidões e atitudes dando resposta às necessidades da pessoa e da família.

A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que associa, além da família da pessoa, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade. Entenda-se por multidisciplinaridade, a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos).

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados à pessoa e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e a pessoa determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação.

Com base na qualidade e rigor é proporcionado bem estar à pessoa, tomando decisões terapêuticas acertadas, de forma a evitar a futilidade diagnóstica e terapêutica, ou seja, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família (Plano Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

Assume assim extrema importância o controlo sintomático como defende MacDonald citado por Barbosa, et al., (2010:63) “(...) o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença”.

O controlo sintomático além de representar não só uma estratégia de intervenção no sofrimento e no curso da doença, de acordo com Neto in Barbosa, et al., (2010:66) assenta em princípios bem definidos: avaliar e monitorizar corretamente os sintomas; utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas); adequar a via de administração; antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva; estabelecer planos com o doente e família; dar uma explicação sobre a situação; reavaliar periodicamente; dar atenção aos detalhes e estar disponível.

O sucesso do processo terapêutico passa pela monitorização dos sintomas e são as chamadas constantes de conforto (presença de sintomas; qualidade do sono; bem estar psicológico) que facilitam a monitorização sintomática (Neto in Barbosa, et al., 2010).

Deste modo, aquando da primeira consulta (28 de setembro de 2012) o Sr. X vinha de maca, acompanhado pela sua esposa. Consciente e orientado na pessoa, no espaço e no tempo, capaz de fornecer toda a história e informação necessárias. Comunicativo e com labilidade emocional acentuada, com períodos de choro frequentes quando falava de si e da sua história de vida.

Apresentava pele e mucosas ictericas e com cansaço severo. Anorexia e caquexia com rápida deterioração em uma semana. Apresentava candidíase moderada e xerostomia severa. Edema acentuado dos membros inferiores, com trombose venosa profunda do membro inferior direito, apresentando dor 3 em 10 nos membros inferiores.

Depois de me ter apresentado, de estabelecermos um diálogo e de lhe ter falado acerca da consulta de cuidados paliativos, que desconhecia a que consulta tinha sido encaminhado e de que se tratava, questionei-o em relação às expectativas sobre a forma como o poderia ajudar e o que gostaria que eu fizesse por si naquela consulta. Apesar de todas as circunstâncias, de toda a envolvimento em relação à sua doença, sentia uma enorme gratidão por estar ali, pelas pessoas que o tinham recebido e acolhido de uma forma tão carinhosa. Que mostraram e sentiram interesse em o ajudar e poder acompanhar nesta fase de vida do seu processo de doença.

A consulta é realizada em conjunto com a médica, e como enfermeira atuei de acordo com o código deontológico, Artigo 91.º *“Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”* e *“Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”* (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Também eram discutidos e analisados as situações referentes aos doentes/cuidadores com a assistente social e psicóloga, dando relevo às competências *“Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”* e *“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família”*.

A entrevista centrada na pessoa assentou nos seguintes pontos: sentimentos relacionados com a doença, especialmente medos; ideias e explicações sobre a causa da doença e dos problemas; impacto da doença na vida diária; expectativas acerca dos profissionais e da doença.

As escalas de avaliação das necessidades que utilizei ao longo do acompanhamento e processo de enfermagem do Sr. X e da sua esposa, que me deram suporte para uma correta identificação dos problemas foram: Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS); Escala de desempenho de Karnofsky; Índice de Barthel; Escala de Norton.

Através de uma avaliação correta dos sintomas apresentados, a minha intervenção foi dirigida de forma a otimizar a qualidade de vida tendo em conta os recursos disponíveis.

As escalas aplicadas permitiram-me avaliar a resposta às intervenções realizadas e conseqüentemente a evolução da doença. Com base nos resultados obtidos e identificadas as necessidades de enfermagem, elaborei um plano de cuidados e fui acompanhando a pessoa/cuidador através da monitorização telefónica e consultas seguintes, de forma a avaliar as intervenções/atividades realizadas e caso fosse necessário, reformular e adequar o plano de intervenção, desenvolvendo a competência *“Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*.

Em relação à monitorização telefónica, realizei-a sempre que achei pertinente, sendo a sua esposa, o interlocutor. Pude assim acompanhar mais de perto esta família fazendo ensinamentos, verificar a eficácia da intervenção de medidas farmacológicas/não farmacológicas, recebendo feedback do evoluir da situação e do controlo dos sintomas.

Na última consulta (29 de outubro de 2012), o Sr. X encontrava-se mais icterico, com caquexia

e com edema acentuado dos membros inferiores, com soluções de continuidade dispersas e a drenar plasma. Estava em cadeira de rodas e não era possível fazer carga nos membros inferiores.

Foi realizado penso o que lhe proporcionou imediato conforto e bem estar. Foi feita carta de enfermagem no sentido de dar continuidade aos cuidados por parte da equipa de enfermagem do Centro de Saúde, evidenciando as competências *“Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”* e *“Zela pela qualidade dos cuidados prestados”*. O Sr. X mantinha labilidade emocional, lamentando-se por tudo o que estava a viver *“(...) se Deus existe porque é que isto me aconteceu (...)”*. Não aceita a condição em que se encontra *“(...) fui sempre boa pessoa, não fiz mal a ninguém (...) não mereço isto (...)”*. Contrapondo este comportamento de tristeza, angústia, revolta e ansiedade, conseguia ver aspetos positivos na sua vida, como, a sua netinha e toda a sua família, desde a esposa, à filha e genro de quem tanto gostava e admirava. Estabeleceu objetivos a curto prazo para melhorar a sua qualidade de vida, que passavam por ter uma cadeira de rodas para poder ir até ao quintal e até ao comércio onde trabalhou grande parte da sua vida a embalar sacos de plástico. Assim podia dar uma ajuda à filha, distraía-se com as pessoas e o tempo passava mais depressa. À noite, depois do jantar continuava a estar na companhia da sua neta e restante família.

A sua esposa continuava a prestar-lhe os cuidados de higiene na casa de banho e ajudava-o na marcha amparando-o. Questionada em relação à necessidade de ter apoio em casa para a ajudarem nos cuidados a ter com o seu marido, referiu que enquanto ela sozinha conseguisse, não era necessário que a ajudassem a cuidar do marido, mostrando a competência *“Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família”*. A sua esposa recebeu apoio da Psicóloga, apresentava-se exausta, sobrecarregada física e psicologicamente com toda a situação, associado também à sua idade e aos seus problemas de saúde (HTA, diabetes, úlcera varicosa no membro inferior). Tinha conhecimento da doença do marido e da sua evolução nos últimos tempos, que era grave. Foram proporcionados momentos a sós (não queria que o seu marido a visse chorar), em que partilhou os seus sentimentos e emoções, os seus medos e preocupações.

Estabeleceu-se uma relação empática entre mim e esta família tão acolhedora e tão sofrida, desenvolvendo deste modo as competências *“Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família”* e *“Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*. Foi um privilégio ter podido cuidar desta pessoa/família em fim de vida, de ter proporcionado bons momentos, contribuir para o seu conforto e qualidade de vida. Também eu vivi bons momentos enquanto cuidei, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional e um olhar diferente perante a vida, dando resposta à competência *“Mantém de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*. É ao refletirmos sobre a ação que tomamos consciência do conhecimento tácito, identificamos crenças erróneas e

(re)formulamos o pensamento. Com a equipa de enfermagem, foram criados momentos de partilha de experiências, de situações complexas e problemáticas, com o objetivo de em conjunto se encontrarem soluções mais adequadas para uma melhoria dos cuidados prestados e bem estar de todos os intervenientes.

Após ter elaborado o estudo de caso, analisado com a enfermeira orientadora e professora tutora orientadora do estágio, procedi às correções necessárias e sua divulgação, plano de sessão da formação, (Apêndice H). Foi realizada uma ação de formação (Apêndice I) à equipa de enfermagem, com partilha de experiências e saberes por parte de todos os participantes, promovendo momentos de reflexão e desenvolvimento, dando relevo às competências *“Identifica as necessidades formativas na sua área de especialidade”*; *“Promove formação em serviço”* e *“Reflete na e sobre a prática de forma crítica”*. No final da sessão de formação foi aplicado um questionário (Apêndice J) com o propósito de avaliar os conteúdos e a pertinência da sessão de formação (Apêndice L).

Uma das necessidades identificadas a nível do funcionamento/dinâmica do serviço foi aquando das consultas realizadas, uma grande percentagem das pessoas não saberem o nome da consulta, poucas tinham ouvido falar em cuidados paliativos e porque é que estavam naquela consulta. Para colmatar esta susceptibilidade, reuni com a Enfermeira Chefe, Enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa de enfermagem acerca da pertinência da existência de um guia de acolhimento que pudesse ser esclarecedor para quem é encaminhado a esta consulta pela primeira vez, além de abordar pontos importantes como: localização, horário funcionamento, contactos telefónicos, constituição da equipa, etc.

A equipa concordou e achou pertinente, manifestando que já era um dos seus projetos, a elaboração de um guia de acolhimento. Procedi, então à sua elaboração e entregue à Enfermeira chefe e Enfermeira Orientadora para posteriormente ser facultado a todos os que são acompanhados na consulta de cuidados paliativos (Apêndice M). Desta forma, desenvolvi as competências *“Toma iniciativa e é criativo na interpretação e resolução de problemas”* e *“Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*.

4. CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Intervir significa “ser com” a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, de acordo com o seu ritmo e o caminho que Ela própria escolher. Fui parceira com a pessoa e família nos cuidados individualizados que prestei em situação de médio e alto risco.

Fundamentei as minhas atuações e cuidados prestados à pessoa/família que experienciam situações críticas de saúde num serviço de urgência e em cuidados paliativos à luz do paradigma da transformação, do modelo de transição de Meleis e da teoria de conforto de Kolkaba, facilitando e melhorando a sua saúde e bem estar de forma holística e assente no processo de enfermagem. Ao basearmos o nosso cuidado num modelo de transição, estamos a contribuir para aumentar as possibilidades de ajuda à pessoa/ família, não enfocando apenas a sua cura, mas sim o verdadeiro sentido do cuidar. O enfermeiro atende pessoas em processo de transição, em especial na situação de doença crítica que normalmente implica mudanças profundas para a pessoa/família, como o afastamento do seu lar, da sua família, dos seus amigos e muitas vezes dos seus projetos de vida. Ao longo do estágio valorizei a pessoa/família evidenciando uma visão humanística em todos os cuidados que prestei e relação que estabeleci. Importa evoluir no âmbito do exercício profissional de paradigmas assentes no modelo biomédico para modelos nos quais haja maior valorização da teoria de enfermagem (paradigma da transformação), com relevo nas respostas humanas envolvidas nas transições.

É imprescindível englobarmos a participação do *Outro* nos cuidados que prestamos e termos a consciência que exige de nós espírito aberto, crítico, tolerância, capacidade de negociar, abertura ao compromisso e apreciação pela diversidade no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem estar para ambas as partes.

Como enfermeira especialista desenvolvi competências na área da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais na área de especialização em enfermagem médico cirúrgica. Demonstrei possuir conhecimentos técnico científicos e articular competências clínicas especializadas, centrando-me no eixo fulcral da problemática da pessoa respondendo assim com eficácia e eficiência às necessidades da pessoa/família, englobando-a como um todo e articulando todos os meios e estratégias ao meu alcance para concretizar os fins desejados. Contribuí para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de um prática baseada na evidência, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão através das competências adquiridas ao nível da formação, gestão, supervisão e prática de cuidados.

Considero que no decorrer dos estágios os momentos de reflexão contribuíram para a mudança de comportamentos e atitudes por parte dos pares enriquecendo a qualidade dos cuidados de forma a dar maior visibilidade à profissão de enfermagem evidenciando os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da enfermagem

médico cirúrgica. Salieta-se concretamente a criação de uma norma no serviço de urgência que possibilitou a uniformização de procedimentos no seio da equipa de enfermagem entre a unidade de queimados e o serviço de urgência. Em relação à revisão sistemática da literatura “O impacto da queimadura no regresso à vida quotidiana da pessoa queimada” e o estudo de caso “Controlo sintomático em cuidados paliativos” estão em fase de estruturação para envio para publicação em revista de enfermagem.

Assim, considero atingidos os objetivos a que me propus em cada campo de estágio bem como as competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica divulgadas pela Ordem dos Enfermeiros e, pelo Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, do ICS da UCP.

Uma das limitações sentidas ao longo do curso foi o fator tempo, a dificuldade em conciliar as aulas e os estágios com a vida pessoal e profissional.

Como projetos para o futuro como enfermeira especialista em médico cirúrgica espero fazer e dedicar-me mais a trabalhos e projetos de investigação, formação e coordenação de equipas de enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, Isabel e Tavares, José. 2010.** *Supervisão da Prática Pedagógica-Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.* Coimbra : Almedina, 2ª edição, 2010. 978-972-40-1852-2.
- Alminhas, Sílvia M. P. 2007.** Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais.* 2007, Vols. nº 75, novembro, p.57-60.
- Amendoeira, José. 2000.** Cuidado de Enfermagem - Intenção ou Ação - O que pensam os estudantes? *Revista Nursing.* Julho/Agosto, p. 8-14, 2000.
- Badger, Karen e Royse, David. 2010.** Helping Others Heal: Burn Survivors and Peer Support. *Routledge.* 2010, Vols. 49, p.1-18.
- Barbosa, António e Neto, Isabel Galriça. 2010.** *Manual de Cuidados Paliativos.* Lisboa : 2ª edição, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 978-972-9349-22-5.
- Barbosa, António. 2002.** Pensar o morrer nos cuidados de saúde. *Análise Social, Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Bioética.* 2002, Vol. XXXVIII (166).
- Benner, Patricia. 2001.** *De Iniciado a Perito-Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.* Coimbra : Quarteto, 2001. 989-558-052-5.
- Capelas, Manuel L. V. 2009.** Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Revista Cadernos de Saúde.* 2009, Vols. 2, nº 1, p.51-57.
- Carvalho, Jorge e Cristão, Ana Sofia. 2012.** O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência.* 2012, Vols. III Série, nº7, p.103-112.
- Catita, Paula e Vaz, Célia. 2000.** Cuidar no serviço de urgência. *Revista Nursing.* 2000, Vols. nº 147, setembro, p.14-17.
- Cavaco, Vera, et al. 2010.** Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?- Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência.* 2010, Vols. II Série, nº12, março, p. 93-103.
- Ciofi-Silva, C. L., et al. 2010.** The life impact of burns: the perspective from burn persons in Brazil during their rehabilitation phase. *Disability and Rehabilitation.* 2010, Vols. 32 (6), p.431-437.
- Corry, Nidia, Pruzinsky, Thomas e Rumsey, Nichola. 2009.** Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry.* 2009, Vols. 21 (6), p.539-548.
- Costa, Maria C. S., et al. 2010.** Imagem Corporal e Satisfação no Trabalho entre Adultos em Reabilitação de Queimaduras. *Cogitare Enferm.* 2010, Vols. 15 (2), abr/jun, p.209-216.
- Davies, Sue. 2005.** Meleis`s theory of nursing transitions and relatives`experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing.* 2005, Vols. 52 (6), p.658-671.
- Desmarais, Diane e Hotte, Micheline. 2003.** Le processus de transition de l`adolescent atteint d`insuffisance rénale. *Perspective Infirmière.* 2003, Vols. nov/déc, p. 33-40.
- Direção Geral da Saúde, 2006.** Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Vols. p. 1-40.
- Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento. 2001.** Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. 2001. Vols. 7-24.

- Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde. 2003.** *Circular Normativa nº 09/DGCG. A dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* 2003.
- DR - I Série - A, 2006.** Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.
- DR - I Série- A, 2006.** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Vol. Nº 109.
- DR, 1.ª Série, 2012.** Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Vol. Nº 172.
- Ferreira, Pedro Lopes e Pinto, Ana Barros. 2008.** Melhor Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port.* 2008, Vols. 21, p.111-124.
- Fonseca, João V. C. e Rebelo, Teresa. 2011.** Necessidades de Cuidados de Enfermagem do Cuidador da Pessoa sob Cuidados Paliativos. *Rev Bas Enferm.* 2011, Vols. 64 (1), jan-fev, p.180-184.
- Frias, Cidália. 2008.** O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência.* 2008, Vols. II Série, nº 6, jun, p.57-67.
- Goyatá, Sueli L. T. e Rossi, Lídia A. 2009.** Nursing Diagnoses of Burned Patients and Relatives "Perceptions of Patients" Needs. *Internacional Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2009, Vols. 20, nº 1, January-March, p.16-24.
- Hesbeen, Walter. 2000.** *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar.* Loures : Lusociência, 2000. 972-8383-11-8.
- Howard, Patricia Kunz e Steinmann, Rebeca A. 2011.** *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática.* Loures : Lusociência, 6ª edição, 2011. 978-972-8930-63-9.
- Júnior, Gilson F. P., Vieira, Ana C. P. e Alves, Gracinda M. G. 2010.** Avaliação da qualidade de vida de indivíduos queimados pós alta hospitalar. *Rev. Bras. Queimaduras.* 2010, Vols. 9 (4), p.140-145.
- Karabeg, Reuf, et al. 2009.** Social Rehabilitation of Patients Who Have Suffered Burns. *Materia Socio Medica .* 2009, Vols. 21, nº 2, p.82-84.
- Kérouac, Suzanne. 1996.** *El Pensamiento Enfermero.* s.l.: Elsevier España, 1996. 8445803654, 9788445803653.
- Kolkaba, Katharine. 2003.** *Comfort Theory and Practice-A Vision For Holistic Health Care and Research .* New York : Springer Publishing Company,Inc, 2003. 0-8261-1663-7.
- Kralik, Debbie, Visentin, Kate e Loon, Antonia van. 2006.** Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2006, Vols. 55 (3), p.320-329.
- Lazure, Hélène. 1994.** *Viver a Relação de Ajuda.* Lisboa : Lusodidacta, 1994. 972-95399-5-2.
- Lopes, Manuel José. 2005.** Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm USP.* 2005, Vols. 39 (2), p.220-228.
- Maas, Tânia e Zagonel, Ivete P. Sanson. 2005.** Transição de Saúde-Doença do Ser Adolescente Hospitalizado. *Cogitare Enferm.* 2005, Vols. 10 (2), p.68-75.
- Maciel, Edmar e Serra, Maria Cristina. 2004.** *Tratado de Queimaduras.* São Paulo. Rio de Janeiro : Atheneu, 2004. 85-7379-653-7.

- Marques, António L., et al. 2009.** O desenvolvimento dos cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*. 2009, Vols. outubro, p.32-38.
- Meleis, Afaf Ibrahim e Schumacher, Karen L. 1994.** Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Image, 1994, Vols. p.119-126.
- Meleis, Afaf Ibrahim. 2005.** *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 3ª Edição, 2005. 0-7817-5767-3.
- Meleis, Afaf Ibrahim, et al. 2000.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced in Nursing Science*. 2000, Vols. 23(1), p.12-28.
- Mendes, Anabela Pereira, Bastos, Fernanda e Paiva, Abel. 2010.** A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, Vols. III Série, nº2, dezembro, p.7-16.
- Mendonça, Susana Sobral. 2009.** *Competências Profissionais dos Enfermeiros-A Excelência do Cuidar*. Lisboa : Editorial Novembro, 1ª edição, 2009. 978-989-8136-34-3.
- Ministério da Saúde, 2003.** Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa : s.n. 5-20.
- Ministério da Saúde, 2004.** Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa : DGS.
- Ministério da Saúde, Portugal.** Código Deontológico do Enfermeiro incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro*.
- Ministério da Saúde, Portugal.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril.
- Moi, Asgjerd Litleré, Vindenes, Hallvard Andreas e Gjengedal, Eva. 2008.** The experience of life after burn injury: a new bodily awareness. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vols. 64 (3), p.278-286.
- Monteiro, Agostinho Reis. 2001.** Educação Para a Cidadania: Textos Internacionais Fundamentais. Lisboa : Centro de Investigação em Educação, 2001.
- Monteiro, Maria A. A. e Pagliuca, Lorita M. F. 2008.** Análise da adequação da Teoria de Relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira. *Revista Enfermagem*. 2008, Vols. 12, nº3, p.424-429.
- Mota, Liliana, Rodrigues, Lídia e Pereira, Isabel. 2011.** A transição no transplante hepático-um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011, Vols. III Série, nº5, dezembro, p.19-26.
- Neto, Isabel G. 2003.** A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Rev Port Clin Geral*. 2003, Vols. 19, p.68-74.
- Nightingale, Florence. 2006.** *Notas Sobre Enfermagem*. s.l. : Lusodidacta, 2006. 9789728383923.
- Novelli, B., et al. 2009.** Quality of life impact as outcome in burns patients. *Suplemento A. Psicologia*. 2009, Vols. 31, nº 1, p.58-63.
- Ordem dos Enfermeiros, 2001.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa : OE. 6-15.

- Ordem dos Enfermeiros, 2003.** Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa : Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros, 2010.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Aprovado em Assembleia Geral de 29 de maio de 2010.
- Ordem dos Enfermeiros, 2011.** Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.
- Pinto, José Manuel, Montinho, Luís M. S. e Gonçalves, Pedro R. C. 2010.** O Indivíduo e a Queimadura: as alterações da dinâmica do subsistema individual no processo de queimadura. *Revista Referência.* 2010, Vols. III Série, nº 1; p.81-92.
- Portuguesas, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações. 2006.** *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados.* Loures : Lusodidacta, 2006. 978-972-8930-16-5.
- Querido, Andreia V. A., Dixe, Maria dos Anjos e Barbosa, António. 2010.** Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2010, Vols. abril, p.607-616.
- Rebello, Teresa e Botelho, Maria Antónia Rebello. 2010.** O Regresso à Vida Quotidiana Após a Experiência de uma Situação-Limite. *Pensar Enfermagem.* 2010, Vols. 14, nº1.
- Ribeiro, Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente e Costa, Maria Arminda Mendes. 2012.** O Conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência.* 2012, Vols. III Série, nº7, julho, p.149-158.
- Rispail, Dominique. 2003.** *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem.* Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-42-8.
- Rodrigues, Ângela, et al. 2007.** *Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados.* Loures : Lusociência, 2007. 978-972-8930-35-6.
- Rogers, Carl. 2009.** *Tornar-se Pessoa.* Lisboa : Padrões Culturais Editora, 2009. 978-989-8160-46-1.
- Rossi, Lidia A., et al. 2009.** Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian burn patients. *Disability and Rehabilitation.* 2009, Vols. 31 (9), p.712-719.
- Schumacher, Karen L. e Meleis, Afaf Ibrahim. Summer 1994.** Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship.* Summer 1994, Vols. 26, Number 2.
- Serra, Maria Cristina e Maciel, Edmar. 2004.** *Tratado de Queimaduras.* São Paulo : Editora Atheneu, 2004. 85-7379-653-7.
- Sheehy, Susan. 2001.** *Enfermagem de Urgência-Da Teoria à Prática.* Loures : Lusociência, 2001. 972-8383-16-9.
- Silva, Abel Paiva. 2007.** "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir.* 2007, Vols. 55, nº1-2, janeiro-abril, p.11-20.
- Sousa, António, Nunes, Fernanda e Santos, Raquel. 2003.** *Balneoterapia: Um Tratamento Sem Dor. Cuidados de Enfermagem: Reflexões, Investigação e Partilha de Experiências.*

Coimbra : Direção dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1ª Edição, 2003. 972-8152-71-X.

Swearingen, Palmela L. e Keen, Janet Hicks. 2003. *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos-Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes.* Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-52-5.

Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile. 2004. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra.* Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.

Twycross, Robert. 2003. *Cuidados Paliativos.* Lisboa : CLIMEPSI Editores, 2ª edição, 2003. 972-796-093-6.



Universidade Católica Portuguesa, 2007. Guia de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Lisboa : UCP.

Universidade Católica Portuguesa, ICS/ESPS. 2011. Enfermagem - Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Regulamento Geral. 2011. 1-14.

Wilson, William C., Grande, Christopher M. e Hoyt, David B. 2007. *Trauma: Emergency Resuscitation Perioperative Anesthesia Surgical Management.* USA : Informa Healthcare, 2007.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - NORMA DE PROCEDIMENTO “ABORDAGEM DA
PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

	SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	
		
NORMA DE PROCEDIMENTO Abordagem da Pessoa Vítima de Queimadura no Serviço de Urgência		Aprovado em: Revisão em:
Elaborado por: Luísa Afonso Tutora: Prof. ^a Doutora Helena José Orientadora: Enf. ^a Especialista Susana Mendonça	Revisto por:	

1. OBJETIVO

- Uniformizar procedimentos no seio da equipa de enfermagem;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa/Família vítima de queimadura;
- Facilitar a integração de novos elementos.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as intervenções desempenhadas pela equipa de enfermagem do SUC aquando da abordagem da Pessoa vítima de queimadura.

3. DESCRIÇÃO

A queimadura é a destruição mais ou menos extensa e profunda do “órgão pele”, sob ação de um agente mecânico, térmico, elétrico, químico ou radioativo. A pele, incluindo a hipoderme, é o órgão mais pesado do corpo (cerca de 10Kg). É uma massa importante de células, com funções múltiplas, e de vasos capilares que desempenham um papel central na génese do choque da Pessoa vítima de queimadura.

Os critérios de internamento numa Unidade de Queimados incluem:

- Queimaduras 1º grau com SCTQ \geq 75%;
- Queimaduras 2º grau com SCTQ $>$ 25%;
- Queimaduras 3º grau com SCTQ $>$ 10% e toda a queimadura que inclua:
 - Face;
 - Mãos;
 - Pés;
 - Períneo;
 - Inalação ou atingimento da via aérea;
 - Queimadura elétrica

O prognóstico destas lesões vai depender de múltiplos e diferentes fatores dos quais se destacam:

- Existência de doenças prévias (patologia cardíaca, respiratória, endócrina ou renal).
- Agente causal.
- Traumatismos associados.
- Idade (inferior a 3 anos e superior a 65 - pior prognóstico).

- Existência de lesão das vias aéreas por queimadura.
- Profundidade (1º, 2º, 3º grau) e extensão da queimadura (percentagem de superfície corporal total queimada; no adulto é apreciada pela regra dos 9 de Wallace, e com mais precisão na criança, pela tabela de Lund e Browder).
- Localização (Cabeça, pescoço e tórax; face; genitais; queimaduras circulares profundas).

Tem a particularidade, ao contrário da maioria dos traumatismos, de provocar não só alterações localizadas, como também uma resposta patológica de todo o organismo a nível endócrino, cardiovascular, respiratório e renal.

O trauma por queimadura representa a quarta causa de morte por trauma, e dentro deste, a inalação de fumo representa mais de metade das mortes.

Aspetos a ter em consideração e revestidos de extrema importância, na abordagem da Pessoa vítima de queimadura, incluem:

- Proteção contra infeções.
- Regulação hidro eletrolítica.
- Manutenção da temperatura corporal.
- Mecanismo da dor.
- Suporte estrutural.

A avaliação é feita pela regra ABCDE (A - Airway, B - Breathing, C - Circulation, D - Disability, E - Exposition).

A articulação entre a abordagem hospitalar primária, SUC, e unidade diferenciada de tratamento, Unidade de Queimados, assume especial importância na Pessoa que sofreu queimadura.

4. PROCEDIMENTOS A REALIZAR

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
AIRWAY	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Despiste precoce: ✓ Lesão inalatória? ✓ Queimadura da face? ✓ Queimadura do pescoço? ✓ Edema da via aérea superior? ✓ Necessidade de intubação endotraqueal? ✓ Necessidade de suporte ventilatório? ❖ Pesquisar sinais de queimadura da via aérea superior ou inalação de partículas: ✓ Mucosa oral e língua que poderão aparecer pálidos e edemaciados em caso de inalação; ✓ Cílios e pestanas queimados; ✓ Presença de ruídos respiratórios anómalos ou alteração na voz (rouquidão); ✓ Dispneia ou polipneia; ✓ Alterações auscultatórias. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A intubação realizada precocemente pode ser salvadora : o edema da face (intensificado pelo preenchimento vascular das 1^{as} horas), das vias aéreas, e a retração dos tecidos com queimaduras de 3º grau da face podem impossibilitar este procedimento algumas horas mais tarde. Indicações formais de intubação da Pessoa vítima de queimadura no SU: ✓ Queimaduras de 3º grau da face; ✓ Inalação manifesta de fumos de incêndio; ✓ SCTQ > 50%; ✓ Alterações do estado de consciência por traumatismo; ❖ A inalação de cinza e fumo é frequente e provoca edemas mucosos, hipersecreção e micro obstruções brônquicas. Mais uma vez, não se deve adiar excessivamente a intubação, correndo o risco de ter de ser efetuada num contexto de asfixia, em que se torna complicada pelo edema importante que se constitui.
BREATHING	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter em atenção: 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ As lesões pulmonares necessitam, de ventilação mecânica prolongada, complicam-se com pnemopatias e podem evoluir para síndrome de dificuldade

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
BREATHING	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permeabilidade da via aérea? ✓ Ventila? ✓ Como ventila? ✓ A ventilação é eficaz? ❖ Devem realizar-se os seguintes exames complementares de diagnóstico: ✓ Doseamento de carboxihemoglobina; ✓ Gasimetria arterial; ✓ Radiografia do tórax; ✓ Laringoscopia; ✓ Broncoscopia. 	<p>respiratória aguda. A morbidade e a mortalidade são muito aumentadas quando as queimaduras cutâneas se associam a queimaduras respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se a queimadura ocorreu em ambiente fechado e associada à inalação de tóxicos, deve ser alvo de vigilância, independentemente da extensão e profundidade da queimadura. A presença de CO na corrente sanguínea deve ser considerada. A oximetria de pulso pode ser errónea, mesmo quando apresenta valores altos ou normais, uma vez que o CO combinado com a hemoglobina tende a enganar a hemoglobina efetuada pelo oxímetro. Os sinais de intoxicação por CO traduzem-se por: ✓ Hipoxémia; ✓ Muitas das vezes com coloração rosada da pele e uma PaO₂ normal. Por isso, é necessário a monitorização dos níveis de carboxihemoglobina para se inferir o grau de intoxicação por CO. O único tratamento possível é a administração de O₂ 100%, devendo ponderar-se o recurso a câmara hiperbárica. A realização de broncoscopia permite-nos: ✓ Confirmação do diagnóstico de queimadura respiratória; ✓ Lavagem brônquica; ✓ Aspiração de secreções.
CIRCULATION	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorização hemodinâmica: ✓ ECG; ✓ TA (PAM); ✓ FC; 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Os critérios clínicos que indicam reposição hídrica adequada são: ✓ Bom estado sensorial; ✓ Pulso < 120 ppm; ✓ TAS > 100 mmHg;

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
CIRCULATION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PVC; ✓ SpO₂. ❖ Cateterização de pelo menos 2 acessos venosos periféricos de bom calibre e se possível em área não queimada e fixar bem. ❖ Cálculo sumário da SCTQ (Regra dos 9 de Wallace) e início da reposição hídrica (Fórmula de Parkland). ❖ Colheita de sangue para: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemograma; ✓ Coagulação; ✓ Bioquímica; ✓ Doseamentos de carboxihemoglobina (em caso de incêndio e queimadura em ambiente fechado). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ph sanguíneo : 7.35 a 7.45 ❖ O prognóstico vital a curto e a médio prazo é em regra preservado graças a uma reanimação inicial intensa que só é conseguida pela infusão de grande volume de líquidos e para tal temos que ter vias de grande calibre para dar resposta a esta necessidade. ❖ A reposição deve ser iniciada no espaço de 1hora após a queimadura a fim de evitar o choque hipovolémico. Os líquidos administrados nas 1^{as} 48 horas destinam-se a prevenir o colapso vascular. A fórmula utilizada é apenas um meio de iniciar a terapêutica. A velocidade e o tipo de administração têm de ser ajustados de acordo com a resposta do doente. A fórmula que parece mais consensual em contexto de tratamento de urgência, é denominada Fórmula de Parkland. Esta é baseada em estudos clínicos e laboratoriais e utiliza apenas soluções isotónicas e electrólitos (fisiopatologia do edema por alteração da permeabilidade da membrana capilar). <p style="text-align: center;"><u>Fórmula de Parkland</u></p> <p>4ml Lactato Ringer x Kg x % SCTQ = ml de Lactato de Ringer nas 1^{as} 24 horas</p> <p><i>Deve ser administrada e metade da quantidade total de líquidos calculados nas 1^{as} 8 horas após a lesão, sendo o tempo calculado a partir da hora do acidente e não da hora da admissão do doente. No 2º período de 8 horas administra-se ¼ da quantidade total e no 3º período, o restante ¼ de fluidos.</i></p>

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
CIRCULATION	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Algiação e monitorização do débito urinário horário. ❖ Avaliação do peso do doente e registo de balanço hídrico rigoroso. <p style="text-align: center;">ATENÇÃO: Queimaduras circulares e eléctricas → Compromisso da ventilação e circulação. Vigilância da ventilação e palpação de pulsos periféricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ O débito urinário/hora é o mais rigoroso e seguro índice de adequada reposição hídrica. <u>Este deverá ser:</u> Adulto - 0.5 a 1 ml/Kg/hora (queimadura eléctrica débito urinário 80/100 ml/hora devido a destruição muscular e compromisso renal) Criança - 1 ml/Kg/hora ❖ O maior risco de edema pulmonar ocorre após as 1^{as} 48 a 72 horas. ❖ Uma queimadura de 3º grau que abranja todo o perímetro de uma extremidade ou do tórax, em poucas horas atuará como garrote. Poderá ser necessário a realização de escarotomias/ fasciotomias descompressivas.
DISABILITY	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Avaliação do estado de consciência → Escala de Coma de Glasgow. ❖ Avaliação pupilar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Método fiável e objetivo de avaliar o nível de consciência numa fase inicial e contínua da pessoa vítima de queimadura. ❖ Com o objetivo de nos fornecer os seguintes dados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reatividade; ✓ Simetria; ✓ Forma; ✓ Diâmetro.

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
DISABILITY	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Avaliação da dor . ❖ Respeito pela privacidade. ❖ Prevenção da infeção. ❖ Proteção das áreas queimadas com pensos adequados para queimados ou lençóis esterilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter em conta a analgesia do doente. Se por um lado queimaduras de 3º grau podem ser indolores pela destruição maciça de terminações nervosas, as de 1º e 2º grau provocam dor. Os opiáceos e morfínicos são indicados e utilizados como em qualquer traumatizado agudo. A dor deve ser avaliada (Escala Numérica em doentes conscientes e Escala BPS em doentes ventilados). ❖ Devemos considerar a privacidade de forma ampla no que diz respeito à proteção da intimidade do doente, facilitando assim o processo de trabalho e aumentando a interação com a equipe de enfermagem, o que ao mesmo tempo possibilita o atendimento humanizado. ❖ As infeções representam uma complicação particularmente frequente no doente queimado. As complicações infecciosas representam uma das 1^{as} causas de morte após a fase aguda. Esta grande suscetibilidade às infeções explica-se principalmente pela perda de revestimento cutâneo, 1ª linha de defesa imunitária e pelas desordens imunitárias induzidas pela agressão inicial. A prevenção de episódios infecciosos é um desafio essencial no acompanhamento dos queimados graves. Apela ao domínio do ambiente (ar, isolamento espaço físico, realização de pensos com técnica asséptica, ...) para controlar a proliferação microbiana. ❖ Caso o doente seja transferido para a UQ do HSM não se justifica a realização de pensos, uma vez que vai ser submetido a balneoterapia à chegada à Unidade. Deve ser evitada a exposição da área queimada (infeção, hipotermia, dor) e o facto de estar a submeter o doente a intervenções dolorosas num curto espaço de tempo .

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
EXPOSITION	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenção da hipotermia. ❖ Profilaxia do tétano. ❖ Registos de enfermagem. ❖ Realização de exames complementares de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ECG; ✓ Radiografia ao tórax; ✓ TAC CE e TAC Corpo em caso de a Pessoa ser vítima de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A hipotermia na admissão inicial do queimado grave é frequente. Baseia-se no recurso a todos os meios de aquecimento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Climatização ambiental com temperatura elevada; ✓ Mantas de aquecimento; ✓ Aquecimento dos solutos das perfusões e dos líquidos administrados. ❖ Deverá ser feita em todos os doentes queimados, principalmente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Com lesões profundas (comprometimento isquémico tecidual); ✓ Sem vacinação; ✓ Vacinação incompleta; ✓ Vacinação desconhecida. ❖ Os registos devem ser claros e referir: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A extensão e grau da queimadura; ✓ O peso do doente; ✓ Horas do acidente e a que foi iniciada a reposição hídrica; ✓ Balanço hídrico rigoroso; ✓ Fármacos administrados (sedação, analgesia, ...); ✓ Se os familiares, amigos ou testemunhas transmitiram algo de importante acerca de antecedentes, medicação habitual, contexto do acidente, etc. ❖ Aquando da admissão na UQ o doente fica em quartos de isolamento, com pressão positiva e os exames complementares de diagnóstico ao longo do internamento são realizados no seu espaço físico (Rx, ecografias, ...) Devido à sua instabilidade hemodinâmica e risco de infeção, o doente não reúne condições para se deslocar aos locais da realização de exames

ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS	JUSTIFICAÇÃO
EXPOSITION	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Transferência para a Unidade de Queimados. 	<p>complementares de diagnóstico, por isso, o doente deverá realizar todos os exames necessários para estabelecer prioridades de intervenção antes da sua admissão na UQ.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Confirmação se a Unidade de Queimados está preparada para receber a Pessoa vítima de queimadura. (extensão : 51731)

5. BIBLIOGRAFIA

LATARJET, Jacques; ECHINARD, Christian – Queimaduras. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-77-6

LORENTE, J.A.; ESTEBAN, A. – Cuidados Intensivos Del Paciente Quemado. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona. 1998. ISBN 84-07-00178-3

MARTINHO, Ana Margarida Paiva Rodrigues – Balneoterapia – Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública). Coimbra. 2008

NUNES, Fernando Manuel; et al – Manual de trauma, Loures: 5ª Edição. Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-52-3

PORTUGUESES, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-972-8930-16-5

SERRA, Maria Cristina; MACIEL, Edmar – Tratado de Queimaduras. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. ISBN 85-7379-653-7

SWEAINGEN, P.; KEEN J. – Enfermagem de Cuidados Intensivos. Lisboa: 4ª Edição. Lusodidacta, 2003.

**APÊNDICE B - POSTER “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE
QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”**

ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mestranda **Lúisa Afonso** Tutora **Prof.ª Doutora Helena José** Orientadora **Enf.ª Especialista Susana Mendonça**

A queimadura é a destruição mais ou menos extensa e profunda do "órgão pele", sob ação de um agente mecânico, térmico, elétrico, químico ou radioativo. A pele, incluindo a hipoderme, é o órgão mais pesado do corpo. É uma massa importante de células, com funções múltiplas, e de vasos capilares que desempenham um papel central na gênese do choque da Pessoa vítima de queimadura. Tem a particularidade, ao contrário dos traumatismos, de provocar não só alterações localizadas, como também uma resposta patológica de todo o organismo a nível endócrino, cardiovascular, respiratório e renal. A avaliação é feita pela regra A+B+C+D+E.

A AIRWAY

- **Despiste precoce:**
 - Lesão inalatória?
 - Queimadura da face?
 - Queimadura do pescoço?
 - Edema da via aérea superior?
 - Necessidade de intubação endotraqueal?
 - Necessidade de suporte ventilatório?
- **Pesquisa de sinais de queimadura da via aérea superior ou inalação de partículas:**
 - Mucosa oral e língua que poderão surgir pálidas e edemaciadas em caso de inalação
 - Cílios e pestanas queimados
 - Presença de ruídos respiratórios anormais ou alteração na voz (rouquidão)
 - Dispneia ou polipneia
 - Alterações auscultatórias
- **Indicações formais de intubação da Pessoa vítima de queimadura no SU:**
 - Queimaduras de 3º grau da face
 - Inalação manifesta de fumos de incêndio
 - SCTQ > 50%
 - Alterações do estado de consciência por traumatismo

B BREATHING

- **Ter em atenção:**
 - Permeabilidade da via aérea?
 - Ventilaf?
 - Como ventilar?
 - A ventilação é eficaz?
 - Queimadura em ambiente fechado?
- **Realizar os seguintes exames complementares de diagnóstico:**
 - Doseamento de carboxihemoglobina
 - Gasimetria arterial
 - Radiografia do tórax
 - Laringoscopia
 - Broncoscopia
- **Os sinais de intoxicação por Monóxido de carbono (CO) traduzem-se por:**
 - Hipoxémia
 - Muitas das vezes com coloração rosada da pele e uma PaO₂ normal

C CIRCULATION

- **Monitorização hemodinâmica:**
 - ECG-TA (PAM); FC; PVC; SpO₂
- **Cateterização de pelo menos 2 acessos venosos periféricos de bom calibre e se possível em área não queimada e fixar bem**
- **Cálculo sumário da SCTQ (Regra dos 9 de Wallace) e início da reposição hídrica**
- **FÓRMULA DE PARKLAND**
4ml Lactato de Ringer x Kg x SCTQ = ml de LR nas 1^ª 24 horas
- **Deve ser administrada metade da quantidade total de líquidos calculada nas 1^ª 8 horas após a queimadura, sendo o tempo calculado a partir da hora do acidente e não da hora da admissão do doente. No 2º período de 8 horas administra-se 1/4 da quantidade total e no 3º período o restante 1/4 de fluidos**
- **Colheita de sangue para:**
 - Hemograma
 - Coagulação
 - Bioquímica
 - Doseamento carboxihemoglobina (em caso de incêndio e queimadura em ambiente fechado)
- **Apalpação e monitorização do débito urinário horário:**
 - Adulto - 0,5 a 1ml | Kg/hora
 - Criança - 1ml | Kg/hora
- **Avaliação do peso do doente e balanço hídrico rigoroso**
- **ATENÇÃO:**
Queimaduras circulares e eléctricas = Compromisso da ventilação e circulação => Vigilância da ventilação e palpação de pulsos periféricos
 - Escarotomias?
 - Fasciotomias?

D DISABILITY

- **Avaliação do estado de consciência**
 - Escala de coma de Glasgow
- **Avaliação pupilar**
- **Avaliação da dor**

E EXPOSITION

- **Respeito pela privacidade do doente**
- **Prevenção da Infecção**
- **Prevenção da hipotermia**
- **Proteção das áreas queimadas com penso adequado para queimados ou lençóis esterilizados**
- **Profilaxia do tétano**
- **Registos de Enfermagem:**
 - Extensão e grau de queimadura
 - Peso do doente
 - Horas de início da reposição hídrica
 - Fármacos administrados
 - Balanço hídrico rigoroso
 - Se os familiares, amigos ou testemunhas transmitiram algo de importante acerca de antecedentes pessoais, medicação habitual, contexto do acidente, etc.
 - Realização de exames complementares de diagnóstico
 - ECG
 - TAC CE e TAC corpo em caso da Pessoa ser vítima de trauma
 - Radiografia do tórax
- **Transferência da Pessoa vítima de queimadura para a Unidade de Queimados**

Uma queimadura, independentemente da sua extensão, pode vir a desenvolver uma lesão grave, daí a importância para quem faz a 1ª abordagem da Pessoa vítima de queimadura estar despoletado para todos os aspetos e desenvolver um plano de tratamento com base nas prioridades. A estratégia inicial baseia-se no tipo, na extensão e no grau da queimadura e também nos recursos disponíveis. Aspetos a ter em consideração e revestidos de extrema importância incluem: proteção contra a infeção; regulação hidro eletrolítica; manutenção da temperatura corporal e o mecanismo da dor.

BIBLIOGRAFIA

- LATAFET, Jacques; ECHINARD, Christian - Queimaduras, Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-77-6
- LORENTE, JA.; ESTEBAN, A. - Cuidados Intensivos Del Paciente Quemado. Springer-Verlag Iberica, Barcelona, 1998. ISBN 84-07-00778-3
- MARTINS, Ana Margarida Pavia Rodrigues - Balneoterapia - Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados do Hospital da Universidade de Coimbra. (Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública). Coimbra, 2008
- NUNES, Fernando Manuel et al - Manual de trauma, Loures: 5ª Edição Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-52-3
- PORTUGUESES, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações - Enfermagem Perioperatória - Da Fisiologia à Prática dos Cuidados, Loures: Lusociência, 2006. ISBN 978-972-8930-16-5
- SERRA, Maria Cristina MACIEL, EDUARDO - Tratado de Queimaduras, São Paulo: Editora Atheneu, 2004. ISBN 85-7379-657-7
- SWEANGEN, P; KEEN J. - Enfermagem de Cuidados Intensivos, Lisboa 4ª Edição, Lusociência, 2003

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PálidoValente

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

**APÊNDICE C - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM
DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”**

PLANO DE SESSÃO

LOCAL - Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

TEMA - Abordagem da Pessoa Vítima de Queimadura no Serviço de Urgência

DATA - 06 e 08 de Junho de 2012-06-05

PÚBLICO-ALVO - Enfermeiros do Serviço de Urgência

NOME DO FORMADOR - Luísa Maria Rocha Afonso

TUTORA - Professora Doutora Helena José

Orientadora - Enfermeira Especialista Susana Mendonça

OBJETIVO GERAL :

- Sensibilizar os Enfermeiros para a uniformização dos cuidados em relação à Pessoa vítima de Queimadura entre o Serviço de Urgência e a Unidade de Queimados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- Partilhar conhecimentos e experiências decorrentes da prática clínica na Unidade de Queimados.
- Elucidar para a importância de uma adequada avaliação da Pessoa vítima de queimadura.
- Promover uma reflexão crítica e reflexiva acerca do papel que o enfermeiro desempenha na abordagem da Pessoa vítima de queimadura no SU.

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MAE	DURAÇÃO (MIN.)
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador; wApresentação da norma e dos objetivos da formação.	Expositivo	Computador Projetor Suporte em papel	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Critérios de internamento numa UQ; Avaliação da Pessoa Vítima de queimadura: <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> Circulation <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Exposition Análise do papel do Enfermeiro na abordagem da Pessoa Vítima de queimadura no SU	Expositivo Interativo	Computador Projetor	10 minutos
CONCLUSÃO	Análise crítico-reflexiva	Expositivo Interativo		5 minutos
AVALIAÇÃO			Questionário	5 minutos

**APÊNDICE D - POWER POINT DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
“ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA”**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital Pólo Valente

ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

FORMADORA: LUÍSA AFONSO
PROF.ª TUTORA: DOUTORA HELENA JOSÉ
ORIENTADORA: ENF.ª ESPECIALISTA SUSANA MENDONÇA

06 e 08 de JUNHO de 2012

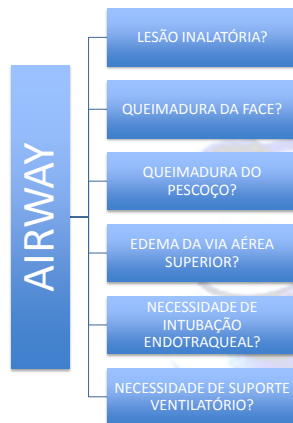
OBJETIVO DA NORMA

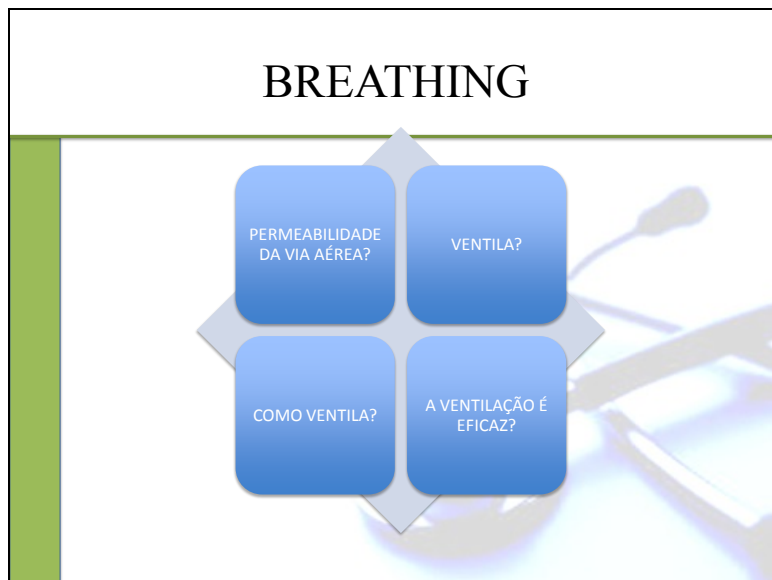
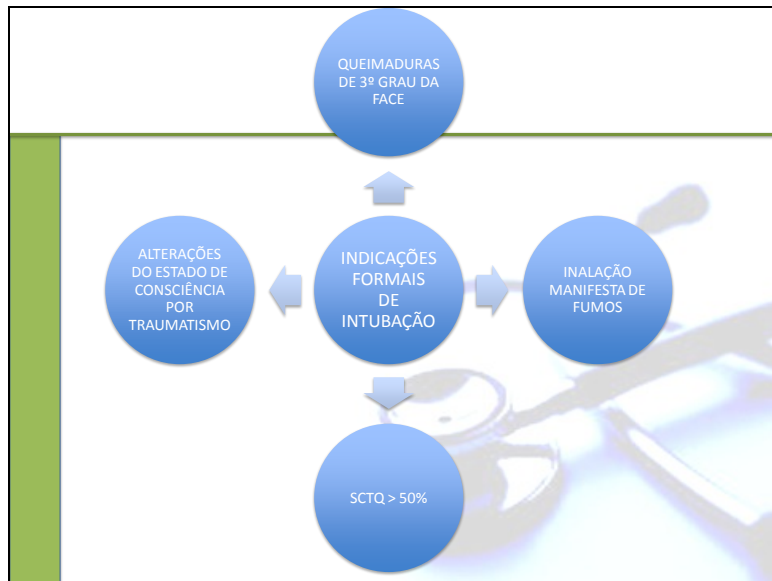
- ✓ UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS NO SEIO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM.
- ✓ CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS À PESSOA/FAMÍLIA VÍTIMA DE QUEIMADURA.
- ✓ FACILITAR A INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS.

CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO NUMA UQ

- ✓ QUEIMADURAS 1º GRAU COM SCTQ \geq 75%
- ✓ QUEIMADURAS 2º GRAU COM SCTQ > 25%
- ✓ QUEIMADURAS 3º GRAU COM SCTQ > 10 % E TODA A QUEIMADURA QUE INCLUA:
 - ❖ FACE
 - ❖ MÃOS
 - ❖ PÉS
 - ❖ PERÍNEO
 - ❖ INALAÇÃO OU ATINGIMENTO DA VIA AÉREA
 - ❖ QUEIMADURA ELÉTRICA

AVALIAÇÃO





- ## EXAMES COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO
- ✓ DOSEAMENTO DE CARBOXIHEMOGLOBINA
 - ✓ GASIMETRIA ARTERIAL
 - ✓ RADIOGRAFIA DO TÓRAX
 - ✓ LARINGOSCOPIA
 - ✓ BRONCOSCOPIA
- 

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA



CIRCULATION

- ✓ MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA
- ✓ CATETERIZAÇÃO DE PELO MENOS 2 ACESSOS VENOSOS DE BOM CALIBRE
- ✓ CÁLCULO SUMÁRIO DA SCTQ ([REGRA DOS 9 DE WALLACE](#))
- ✓ INÍCIO DA REPOSIÇÃO HIDRICA – FÓRMULA DE PARKLAND
- ✓ COLHEITA DE SANGUE :
 - HEMOGRAMA
 - COAGULAÇÃO
 - BIOQUÍMICA
 - DOSEAMENTO DE CARBOXIHEMOGLOBINA

CIRCULATION (cont.)

- ✓ ALGALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO DÉBITO URINÁRIO
- ✓ AVALIAÇÃO DO PESO DO DOENTE E REGISTO DE BALANÇO HIDRICO RIGOROSO
- ♦ADULTO - 0.5 A 1ML/KG/HORA
- ♦CRIANÇA - 1ML/KG/HORA
- ✓ QUEIMADURAS CIRCULARES E ELÉCTRICAS → COMPROMISSO DA VENTILAÇÃO E CIRCULAÇÃO
- VIGILÂNCIA DA VENTILAÇÃO E PALPAÇÃO DE PULSOS PERIFÉRICOS

FÓRMULA PARKLAND

$4\text{ml LR} \times \text{KG} \times \% \text{SCTQ} =$
ml LR nas 1^{as} 24 horas



DISABILITY

AVALIAÇÃO
ESTADO DE
CONSCIÊNCIA
– ESCALA DE
COMA DE
GLASGOW



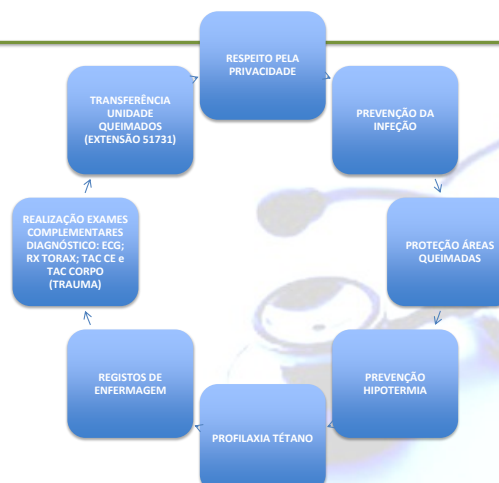
AVALIAÇÃO
PUPILAR



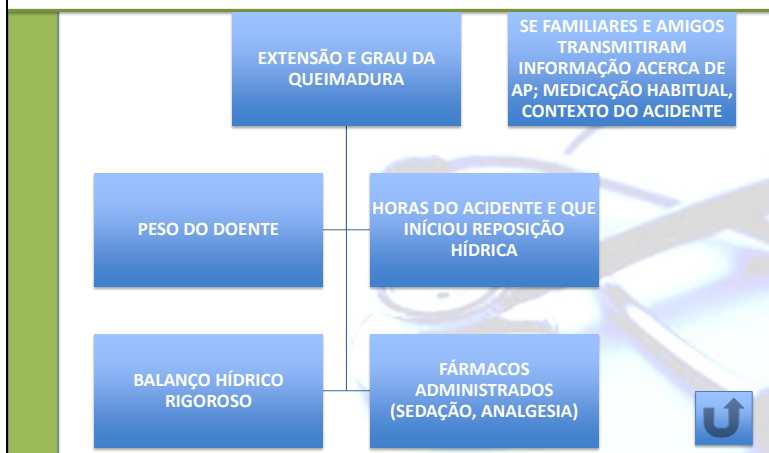
AVALIAÇÃO
DA DOR



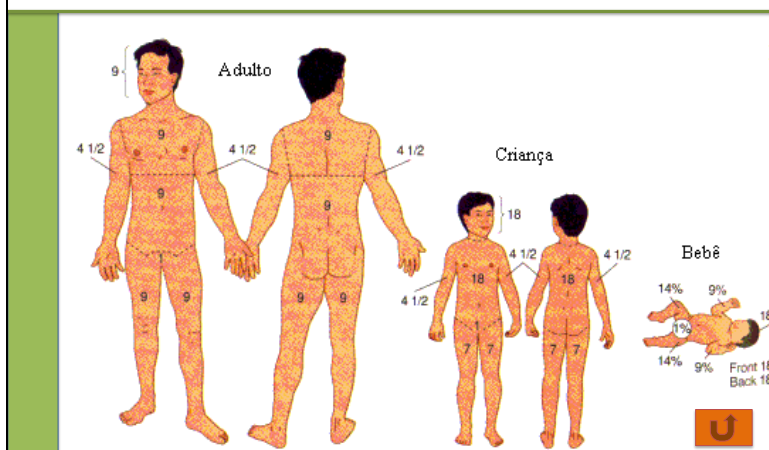
EXPOSITION



REGISTOS DE ENFERMAGEM



REGRA DE WALLACE



BIBLIOGRAFIA

LATARJET, Jacques; ECHINARD, Christian – Queimaduras. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-77-6

LORENTE, J.A.; ESTEBAN, A. – Cuidados Intensivos Del Paciente Quemado. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona. 1998. ISBN 84-07-00178-3

MARTINHO, Ana Margarida Paiva Rodrigues – Balneoterapia – Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública). Coimbra. 2008

NUNES, Fernando Manuel; et al – Manual de trauma, Loures: 5ª Edição. Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8930-52-3

PORTUGUESES, Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados, Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-972-8930-16-5

SERRA, Maria Cristina; MACIEL, EDMAR – Tratado de Queimaduras. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. ISBN 85-7379-653-7

SWEAINGEN, P.; KEEN J. – Enfermagem de Cuidados Intensivos. Lisboa: 4ª Edição. Lusodidacta, 2003.

**APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”**

AÇÃO DE FORMAÇÃO

ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

1- Em que medida considera que os conteúdos da ação de formação foram úteis ao exercício da sua função?

Inútil Pouco Útil Muito

2- Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis ao seu trabalho diário?

Não Pouco Muito

3 – A ação foi útil para o seu desenvolvimento pessoal?

Inútil Pouco Útil Muito

4 – A ação de formação teve impacto ao nível do seu desempenho?

Nenhum Pouco Algum Muito

5 – Qual a utilidade da ação de formação na evolução da carreira?

Inútil Pouco Útil Muito

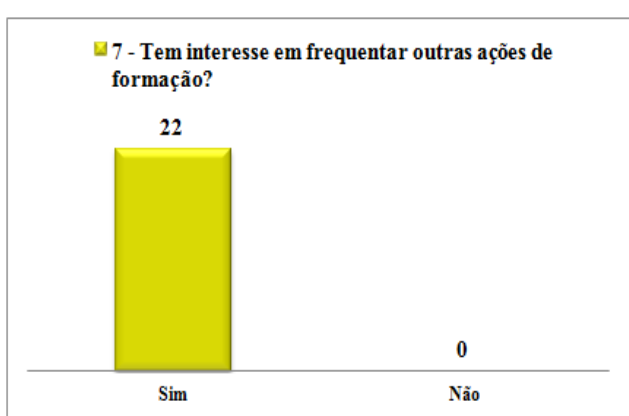
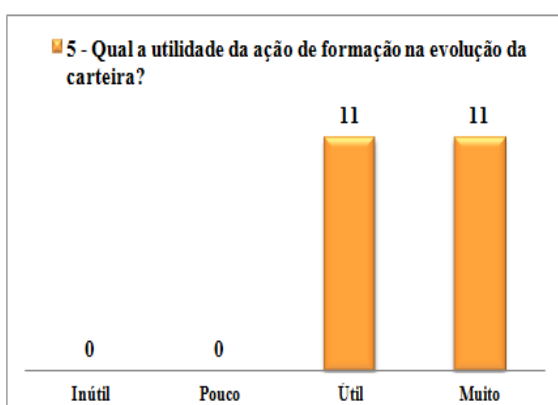
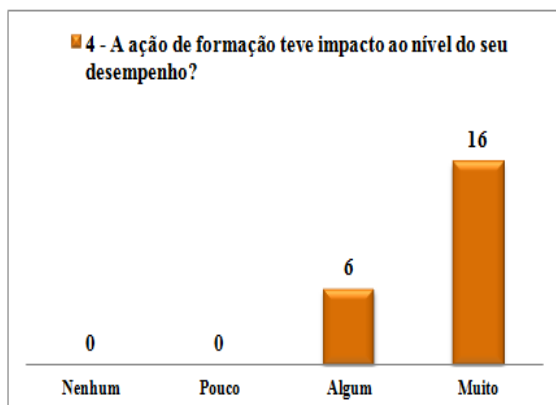
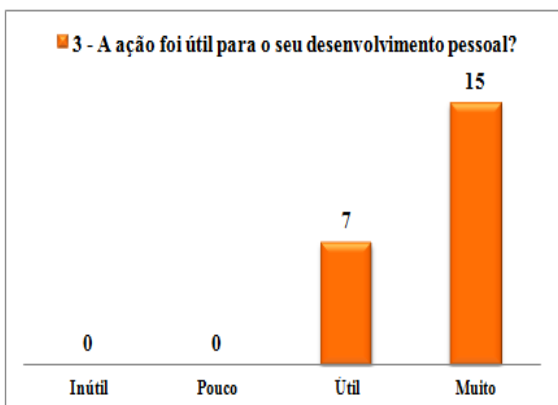
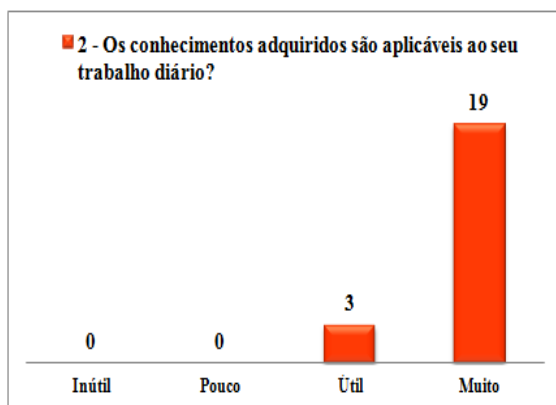
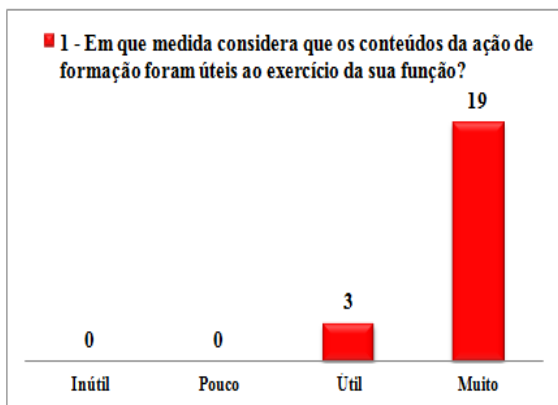
6 - Recomenda esta ação de formação a outras pessoas? Sim Não

7 - Tem interesse em frequentar outras ações de formação? Sim Não

Apreciação crítica sobre a ação de formação:

Luísa Afonso

**APÊNDICE F - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO “ABORDAGEM DA PESSOA VÍTIMA DE
QUEIMADURA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”**



**APÊNDICE G - ESTUDO DE CASO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM
CUIDADOS PALIATIVOS”**



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA
PROFISSIONAL

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO | ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ESTUDO DE CASO

CUIDADOS PALIATIVOS

Mestranda: Luísa Afonso | **Nº Aluno:** 192011002

Tutora: Prof.^a G. Marques da Gama

Orientadora: Enf.^a Emília Fradique

Lisboa, novembro de 2012

Índice

1.	Nota Introdutória.....	1
2.	Fundamentação Teórica	2
3.	Controlo Sintomático	3
4.	Caraterização da Situação	5
5.	Carcinoma do Estômago	7
5.1.	Etiologia/Epidemiologia	7
5.2.	Fisiopatologia.....	8
5.3.	Exames de diagnóstico	9
5.4.	Tratamento.....	9
5.4.1.	Tratamento Cirúrgico	9
6.	Epidemiologia da doença oncológica em Portugal.....	15
7.	Primeira Consulta de Cuidados Paliativos.....	11
7.1.	Avaliação das necessidades e intervenções de enfermagem.....	19
7.2.	Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	15
7.3.	Escala de desempenho de Karnofsky	16
7.4.	Índice de Barthel	17
7.5.	Escala de Norton.....	18
8.	Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”	21
9.	Terapêutica Instituída.....	25
10.	Evolução da situação.....	25
11.	Considerações finais	27
12.	Bibliografia.....	28

1. Nota Introdutória

Encontrando-me a realizar o presente estágio, Estágio Opcional, no CHLN – Polo Santa Maria, na consulta de Cuidados Paliativos no período de 20 de setembro a 09 de novembro de 2012, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, propus-me realizar um estudo de caso alusivo a uma pessoa em fase avançada da sua doença com descontrolo sintomático.

A consulta de cuidados paliativos - Equipa de Suporte Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos encontra-se em funcionamento desde 08 de março de 2006 com a missão de garantir apoio e suporte às pessoas internadas no CHLN - HSM com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares, proporcionando-lhes mais qualidade de vida, dignidade e cuidados de saúde humanizados, através da prestação de cuidados paliativos de qualidade.

Realiza apoio assistencial aos utentes internados; presta apoio sob a forma de consultadoria interna aos profissionais que tenham a seu cargo utentes (internados ou não) que necessitem de cuidados paliativos e assegura o seguimento após a alta das pessoas e familiares acompanhados em internamento (contacto telefónico regular/consulta externa de Medicina Paliativa/apoio no luto).

As pessoas internadas são referenciadas pelo médico assistente (preenchimento do Formulário de Referência à Equipa de Cuidados Paliativos), podendo a necessidade de intervenção da equipa ser detetada por qualquer profissional de saúde (enfermeiro, assistente social, psicólogo).

A realização deste estudo de caso tem como objetivos:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista na abordagem à pessoa/família/cuidador com doença incurável, progressiva e incurável com descontrolo sintomático.
- Fundamentar a minha prática de enfermagem no cuidado à pessoa/ família/cuidador em cuidados paliativos com base nas teoria da Transição de Meleis e na teoria do Conforto de Kolcaba.

O trabalho encontra-se dividido em várias partes: numa primeira parte é feita uma abordagem ao controlo sintomático; segue-se a caracterização da situação; fisiopatologia do carcinoma gástrico; a primeira consulta de cuidados paliativos com identificação das necessidades/intervenções e escalas de avaliação(ESAS; Escala de desempenho de Karnofsky; índice de Barthel; Escala de Norton) e apresentação de diagnósticos/intervenções de enfermagem segundo a CIPE “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”. Para terminar é abordado o acompanhamento à pessoa/cuidador em cuidados paliativos.

2. Fundamentação Teórica

Ao longo deste estágio na consulta de cuidados paliativos do HSM, permitiu-me refletir e analisar de forma crítica em relação ao seu funcionamento, organização, dinâmica, recursos humanos/materiais e essencialmente sobre a abordagem e cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família/cuidador em fase avançada, progressiva e incurável do seu processo de doença.

Os cuidados paliativos são cuidados prestados à pessoa/família/cuidador decorrentes de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável. Nesta perspetiva os cuidados curativos e os cuidados paliativos assumem ênfases diferentes de acordo com a fase evolutiva da doença. Assim, quando a doença deixa de responder a um tratamento específico e atinge um estadió avançado, tomam lugar as medidas paliativas.

Frequentemente constatei que é na consulta de cuidados paliativos que a pessoa se confronta com a situação de doença incurável e mudança na sua vida, em que tudo deixa de fazer sentido e a pessoa se entrega nas mãos do poder da ciência para alívio do seu sofrimento seja ele físico ou espiritual. Perante a vulnerabilidade da pessoa numa situação tão complexa, de confronto com a realidade e a sua impotência em que declaram um pouco de qualidade de vida e de conforto, com sentimentos de revolta, tristeza, lágrimas e desânimo. Também para mim foi muito difícil e constrangedor participar na partilha de momentos tão íntimos e ao mesmo tempo tão poderosos, em que há momentos que é difícil ser-se enfermeira.

A transição de cuidados curativos para cuidados paliativos é estabelecida pela passagem de uma condição de cura para uma situação de incurabilidade, em que a pessoa se depara de forma abrupta e intensa, com mudanças que influenciam a sua vida, originando sentimentos de tristeza, revolta, ansiedade, depressão, entre outros.

O enfermeiro relaciona-se com pessoas que estão em transição, em que há alteração no seu estado de saúde, nos seus papéis relacionais, expectativas ou capacidades, ou seja, em que ocorre uma mudança nas necessidades de todos os sistemas humanos. O enfermeiro desenvolve um papel muito importante com a pessoa/família/cuidador em reduzir o sofrimento e proporcionar o máximo de conforto e qualidade de vida possível, através de tratamentos específicos direcionados não só para os problemas físicos mas também para os psicossociais e espirituais.

Deste modo, em cuidados paliativos, torna-se imperioso aprofundar conhecimentos acerca de referenciais teóricos que orientem o cuidado de enfermagem em relação à pessoa/família/cuidador que vivenciam mudanças na sua vida de modo a proporcionar conforto e facilitar a sua adaptação aos acontecimentos transicionais.

Assim, é primordial refletir à luz de referenciais teóricos que possam conduzir o cuidado de enfermagem em contexto de cuidados paliativos, necessitando de conhecimentos acerca da teoria, seus postulados e sua adaptabilidade aos conceitos e domínio da prática. Por esta razão, o Modelo de Transição de Meleis serviu como fundamentação para as minhas dúvidas e

perguntas relativas às mudanças que a pessoa/família/cuidador experienciam em situação de mudança de cuidados curativos para cuidados paliativos.

Para Meleis (2005) a transição é um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem dando um contributo para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem diante dos processos transicionais, relacionando-se com o cuidado, a prevenção e intervenção para cada caso específico de ocorrência, possibilitando um enfoque inovador de cuidado com íntima relação com o ambiente. Como enfermeira especialista além do conhecimento necessário para fundamentar as nossas intervenções, devemos ter o papel de promoção da adaptação do ser humano perante estes processos de transição.

As pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando o seu equilíbrio e bem estar. Estas mudanças nas condições de saúde, nas relações, nas expectativas ou habilidades, requerem que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos, conseqüentemente, alterem a definição de si, num novo contexto social (Meleis,1997).

O enfermeiro no desenvolvimento das suas ações tem que ter em conta todas as dimensões, considerando a pessoa como um ser holístico. Todo o meu agir na relação que estabeleci com a pessoa/família/cuidador foram sempre com o objetivo de proporcionar conforto e bem estar, de outra maneira seria um contrassenso e nunca poderiam ser cuidados paliativos. Kolkaba (2003) define conforto como a experiência do indivíduo ter as suas necessidades humanas básicas (alívio, tranquilidade e transcendência) atendidas, direcionando-se para o conforto da pessoa, evitando sempre o desconforto. Segundo Kolkaba o conforto aborda três vertentes: tranquilidade – estado de calma ou satisfação; alívio – estado de ter um desconforto específico aliviado; e transcendência – estado daquele que está acima dos seus problemas. Para a autora este conforto pode ser experienciado em quatro contextos: físico (sensações do corpo); psicoespiritual (autoconhecimento, ligação com entidades superiores); ambiente (meio envolvente – luz, barulho, temperatura, etc.) e social (relações interpessoais, familiares e sociais).

3. Controlo Sintomático

Os cuidados paliativos assentam em quatro áreas fundamentais revestidas de idêntica importância, sem ser menosprezada nenhuma delas e que são:

- Controlo dos sintomas;
- Comunicação adequada;
- Apoio à família;
- Trabalho em equipa.

A área alvo da minha reflexão é o controlo sintomático, dando resposta ao meu objetivo específico para este campo de estágio - **Desenvolver competências na área de intervenção à pessoa em contexto de doença terminal com descontrolo sintomático.**

De igual modo uma das atividades/estratégias a que me propus desenvolver como forma de concretizar este objetivo é a realização do presente estudo de caso aplicado a uma pessoa em consulta de cuidados paliativos com descontrolo sintomático.

No controlo sintomático é fundamental saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que vão surgindo e que tem repercussões diretas sobre o bem estar da pessoa. Exige por parte dos profissionais de saúde formação na área de cuidados paliativos, em que deverá ser detentor de conhecimentos, aptidões e atitudes dando resposta às necessidades da pessoa/família/cuidador.

Com base na qualidade e rigor é proporcionado bem estar à pessoa, tomando decisões terapêuticas acertadas, de forma a evitar a realização de exames complementares inúteis, efetuando somente aqueles que lhe possam proporcionar alívio do sofrimento e melhorem a qualidade de vida. Assume assim extrema importância o controlo sintomático como defende MacDonald citado por Neto (2010:63) “(...) *o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença.*”

O controlo sintomático além de representar não só uma estratégia de intervenção no sofrimento e no curso da doença, de acordo com Neto (2010:66) assenta em princípios bem definidos:

- *Avaliar e monitorizar corretamente os sintomas;*
- *Utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas);*
- *Adequar a via de administração;*
- *Antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva;*
- *Estabelecer planos com o doente e família;*
- *Dar uma explicação sobre a situação;*
- *Reavaliar periodicamente;*
- *Dar atenção aos detalhes;*
- *Estar disponível.*

O sucesso do processo terapêutico passa pela monitorização dos sintomas e são as chamadas constantes de conforto (presença de sintomas; qualidade do sono; bem estar psicológico) que facilitam a monitorização sintomática.

As escalas de avaliação das necessidades utilizadas foram:

- Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS);
- Escala de desempenho de Karnofsky;
- Índice de Barthel;
- Escala de Norton.

Através de uma avaliação correta dos sintomas que a pessoa apresenta, a nossa intervenção deverá ser dirigida de forma a otimizar a qualidade de vida tendo em conta os recursos disponíveis.

Permitem avaliar a resposta da pessoa às intervenções propostas e à evolução da doença. Com base nos resultados obtidos e identificadas as necessidades de enfermagem da pessoa e instituídas medidas/ações a desenvolver acompanhamos a pessoa/cuidador através da monitorização telefónica. Assim, quer a pessoa quer o cuidador “sentem-se” acompanhados e apoiados e em caso de alguma dúvida ou alteração do estado de saúde do doente podem sempre contactar telefonicamente.

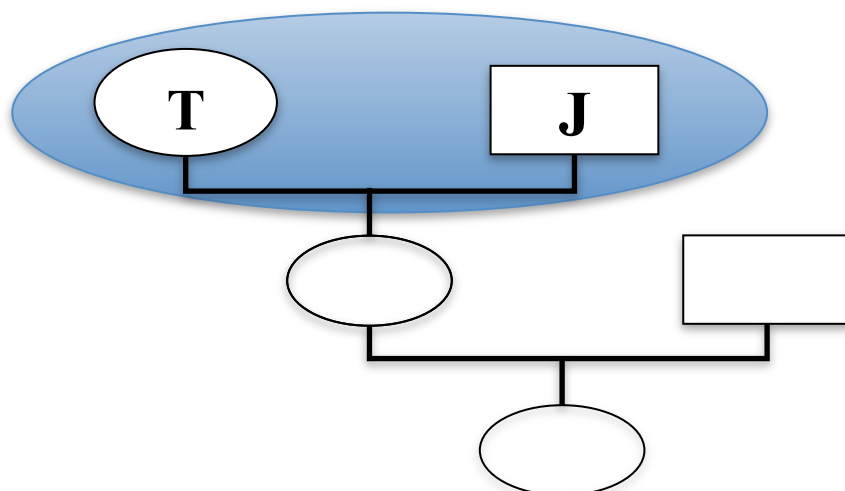
Ao longo do acompanhamento do Sr. Jorge, paciente referente ao qual desenvolvi o estudo de caso, pude realizar monitorização telefónica sempre que achei pertinente, sendo a sua esposa, D. Teresa, o interlocutor. Pude assim acompanhar mais de perto esta família fazendo ensinios, verificar a eficácia da intervenção de medidas farmacológicas/não farmacológicas, recebendo feedback do evoluir da sua situação e do controlo dos sintomas.

Foi muito gratificante estabelecer esta relação terapêutica com o Sr. Jorge e D. Teresa, pelo apoio e acompanhamento que pude prestar, contribuindo para o bem estar e conforto desta família.

4. Caracterização da Situação

O Sr. Jorge tem 72 anos de idade, raça caucasiana, casado e com uma filha da qual tem uma neta com 4 anos, com paralisia cerebral. Residente na Venda do Pinheiro numa vivenda e durante a sua vida foi proprietário de uma loja em que vendia sacos em plástico, que neste momento está a cargo da sua filha e genro.

Genograma



Não são conhecidos antecedentes pessoais relevantes. O seu pai faleceu de carcinoma gástrico e a sua mãe de embolia cerebral.

Em junho de 2009 foi-lhe diagnosticado uma Neoplasia gástrica, atualmente em estadio IV, com metastização hepática, pulmonar, supra renal esquerda e carcinomatose peritoneal.

Realizou cirurgia (gastrectomia) a 28 abril de 2010 e quimioterapia paliativas com pausa terapêutica por exame de imagem com estabilização da doença em julho de 2012. O último ciclo foi em junho .

Tem tido internamentos frequentes, o último dos quais a 11 de setembro por insuficiência renal agudizada e desidratação.

De salientar que em 24 de setembro de 2012 realizou uma tomografia axial computadorizada ao tórax, abdominal e pélvica que revelou:

- Importante ascite envolvendo a grande cavidade peritoneal e a cavidade pélvica. De referir que o líquido que se insinua no canal inguino escrotal direito.
- Continua-se a identificar fígado multinodular, atualmente com maior número de nódulos e dimensões mais significativas, embora alguns apresentem zonas de necrose mais importante.
- A metástase de maiores dimensões mede cerca de 12 cm e localiza-se nos segmentos posteriores do lobo direito. Condicionam marcada bosseladura do contorno hepático.
- Status pós gastrectomia, não se observando igualmente o baço e que se relaciona com anterior esplenectomia.
- Desvio posterior da cauda pancreática que se apresenta levemente heterogénea e um pouco mais captante, grosseiramente nodular, não se excluindo a possibilidade de envolvimento da mesma já que se identifica marcada dilatação do wirsung.
- Importante hipodensidade da veia porta que se encontra marcadamente aumentada de calibre traduzindo trombose venosa que se estende aos ramos esquerdo e direito. Não há dilatação das vias biliares intrahepáticas nem da via biliar principal, com normal distensão da vesícula biliar.
- Supra renais e rins sem alterações tomodensitométricas valorizáveis.
- Cadeias ganglionares retroperitoneais livres.
- Na cavidade pélvica não se identificam imagens de massas, encontrando-se bexiga com parede levemente espessada e de forma difusa, apenas a integrar no presente contexto clínico.
- Próstata levemente globosa com eixo transversal que não ultrapassa os 5 cm.
- Admite-se doença diverticular da sigmoide.
- Ligeiro derrame pleural bilateral, um pouco mais acentuado à esquerda.
- Ateromatose importante da aorta e das coronárias, encontrando-se o calibre relativamente mantido.
- Não existem adenomegalias mediastínicas, hilares ou axilares.

O Sr. Jorge foi referenciado à consulta de cuidados paliativos pela sua médica oncologista por:

- Descontrolo de sintomas;

- Apoio social;
- Apoio na tomada de decisões;
- Seguimento em consulta externa;
- Necessidades do cuidador.

5. Carcinoma do Estômago

5.1. Etiologia/Epidemiologia

O carcinoma gástrico já foi a causa principal de morte a nível mundial; apesar de a sua incidência estar a diminuir na Europa, na América do Norte e na Austrália, ainda continua a ser a segunda causa de morte por cancro em todo o mundo.

A causa do carcinoma do estômago mantém-se desconhecida, se bem que o padrão de incidência mundial altamente errático sugira o envolvimento de múltiplos fatores ambientais, genéticos e culturais. Esta é uma doença que apresenta enormes variações entre as diversas regiões do globo; é 10 vezes mais comum no Japão, onde a incidência é a mais elevada do mundo.

A dieta e as condições de vida parecem ser os aspetos mais significativos na etiologia e a exposição precoce na vida é fundamental. Pensa-se que o elevado teor de nitratos no solo e na água e dietas ricas em alimentos fumados e em conservas são fatores importantes. As culturas com dietas ricas em sal (alimentos secos, salgados e fumados) apresentam um aumento de 50% a 80% do risco de carcinoma gástrico.

A melhoria da refrigeração e das dietas com frutos e vegetais frescos parece reduzir o risco, sugerindo um provável papel protetor das vitaminas A e C e do caroteno.

Não têm sido encontradas fortes ligações com o consumo de álcool ou de cafeína e, embora uma relação com o tabagismo esteja presente, é principalmente com o tabagismo acentuado. Grupos familiares com carcinomas gástricos são ocasionalmente observados e, uma relação inversa, parece existir entre a incidência e a situação sócioeconómica.

O carcinoma gástrico apresenta características heredofamiliares, sendo que os indivíduos com um familiar em primeiro grau que tenha a doença apresentam um risco duas ou três vezes maior de vir a desenvolvê-la. Os investigadores têm vindo a identificar fatores genéticos, sobretudo, relacionados com alterações que afetam os genes supressores do tumor.

Nos últimos anos tem sido dada maior importância ao papel da infeção pelo *H. Pylori*, depois de se ter confirmado a relação de causalidade deste com a doença ulcerosa péptica. Há um grupo significativo de doentes infetados pelo *H. pylori* que desenvolvem acloridria, e tudo indica também haver relação entre gastrite atrófica e o desenvolvimento de carcinoma gástrico. Daí a infeção pelo *H. pylori* ser atualmente considerada um importante carcinogéneo do carcinoma gástrico, apesar de a grande maioria das pessoas infetadas pelo *H. pylori* nunca vir a desenvolver úlcera ou cancro.

O carcinoma gástrico mantém-se como a segunda causa de morte por carcinoma a nível mundial, a seguir ao cancro do pulmão. É raro antes dos 40 anos de idade e a incidência aumenta nitidamente com a idade.

A relação homens: mulheres é de cerca de 2: 1.

A maioria dos carcinomas gástricos encontra-se na zona antral do estômago, mas a incidência de tumores proximais parece que estão a aumentar.

Fatores de risco:

- Dieta pobre em frutas e vegetais frescos;
- Dieta rica em alimentos fumados e de conserva, os quais contêm nitritos e nitratos e níveis elevados de sal;
- Elevado teor de nitratos no solo e na água;
- História de tabagismo acentuado;
- Presença de gastrite crónica induzida por *Helicobacter pylori* e acloridria (10% de doentes desenvolvem carcinoma em menos de 15 anos);
- Idade e sexo (a incidência aumenta nitidamente após os 40 anos de idade, com uma relação homem: mulher de 2:1);
- Anomalias genéticas.
- Aparentemente, a Aspirina tem um efeito protetor e reduz o risco.

5.2. Fisiopatologia

Os carcinomas gástricos são praticamente todos adenocarcinomas primários que têm origem no epitélio. Têm sido tradicionalmente encontrados nas regiões pilóricas e antrais, particularmente ao longo da pequena curvatura. Há inúmeras maneiras de classificar o carcinoma gástrico, que se manifesta numa grande variedade de formas. Histologicamente o carcinoma gástrico é classificado como difuso ou intestinal. A forma intestinal está associada à presença de metaplasia intestinal no estômago. A incidência deste tipo de carcinoma gástrico tem estado em declínio. A incidência das formas difusas têm revelado poucas alterações. Pensa-se que a doença começa localmente na mucosa e apresenta um longo período de latência.

O carcinoma gástrico, pode disseminar diretamente, através da parede do estômago para os tecidos adjacentes; para os linfáticos; para os gânglios linfáticos regionais do estômago; para o esófago, baço, pâncreas e fígado; ou através da corrente sanguínea para os pulmões ou ossos. O envolvimento dos gânglios linfáticos regionais ocorre precocemente. O prognóstico depende da profundidade da invasão e da extensão das metástases na altura do diagnóstico.

O carcinoma gástrico tem um início insidioso. É acompanhado por vagos sintomas dispépticos difíceis de descrever que se sobrepõe a múltiplas doenças benignas, incluindo dispepsia não ulcerosa e doença ulcerosa péptica. O diagnóstico precoce é assim extremamente raro. A dor geralmente só aparece tardiamente. Caquexia acentuada e uma massa palpável no abdómen podem estar presentes na altura do diagnóstico.

Assim sendo, as manifestações clínicas possíveis são:

- Dispepsia: saciedade precoce, enfartamento, anorexia;
- Dor epigástrica ou sensação de ardor (geralmente, ligeiro e alivia com antiácidos, antagonistas dos receptores da histamina ou inibidores da bomba de prótons);
- Náuseas ligeiras;
- Perda de peso (pode ser rápida e acentuada);
- Fadiga e fraqueza;
- Alterações nos hábitos intestinais: obstipação ou diarreia;
- Habitualmente, assintomático em fases iniciais.

5.3. Exames de diagnóstico

- Endoscopia: exame de diagnóstico preferido;
- Biopsia: são colhidas entre seis e oito amostras do bordo e da base da úlcera (a biopsia, é o procedimento de diagnóstico de eleição, quando há suspeita de carcinoma gástrico);
- Trânsito baritado esogastroduodenal: bastante preciso no diagnóstico de carcinoma avançado, mas não permite distinguir um tumor benigno de um tumor maligno;
- Ecoendoscopia: permite a visualização das cinco camadas da parede gástrica;
- Tomografia axial computadorizada (TAC): usada sobretudo para detecção de metástases.

5.4. Tratamento

A radioterapia está a ser investigada como opção de tratamento para o carcinoma gástrico. Presentemente demonstra pouca eficácia. O estômago é razoavelmente resistente às radiações, e a proximidade de outro tecido radiosensível, como o rim ou a medula espinal, limita a sua utilidade. Geralmente é utilizada em combinação com a quimioterapia nos casos de carcinoma não ressecável ou recorrente e é bem conhecido o seu papel no tratamento paliativo das metástases ósseas. Está a ser desenvolvida investigação utilizando a radioterapia direta intraoperatória, que mostrou resultados promissores, mas muito mais investigação será necessária para comprovar esta abordagem.

O tratamento endoscópico também pode ser usado como medida paliativa dos sintomas de tumores inoperáveis ou recorrentes, bem como para controlar a hemorragia e aliviar os sintomas de obstrução.

5.4.1. Tratamento Cirúrgico

O único tratamento, potencialmente curativo, do carcinoma gástrico é a resseção cirúrgica. O procedimento de escolha depende da localização e extensão do tumor, se bem que, hoje em dia, se discuta a utilidade da gastrectomia total. A maioria dos cirurgiões efetua a gastrectomia subtotal e tenta remover todo o tumor e margens cirúrgicas de 5 a 10 cm além do carcinoma.

Os tumores localizados em posição alta, na cárdia, apresentam mais dificuldades técnicas à resseção e anastomose. A remoção de outros órgãos abdominais não parece ter um impacto possível na sobrevida. O desenvolvimento de técnicas laparoscópicas, bem sucedidas, veio revolucionar a cirurgia gástrica na medida em que passou a haver outras formas de cirurgia gastrointestinal.

Atualmente, a maioria das gastrectomias e a resseção de gânglios linfáticos podem ser realizadas laparoscopicamente por cirurgiões especializados.

6. Epidemiologia da doença oncológica em Portugal

De acordo com os dados mais recentes, da Direção Geral de Saúde, em 2008, relativamente à população média residente em Portugal era de 10627,3 habitantes, dos quais 5142,6 eram Homens e 5484,7 eram Mulheres. A faixa etária com maior prevalência é dos 15 – 44 anos, com 4410,6 habitantes (41,9%), seguindo-se a faixa etária dos 45 – 64 anos, com 2719,4 habitantes (25,3%).

No que diz respeito às causas de morte, em Portugal, em 2008, segundo a mesma fonte, as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar com 33811 pessoas, dos quais 15008 são Homens e 18803 são Mulheres, com a faixa etária predominante ≥ 75 anos, com 26279 pessoas. Seguem-se os tumores como segunda causa de morte, com 24608 pessoas, dos quais 14608 são Homens e 10000 são Mulheres, mantendo-se a faixa etária predominante ≥ 75 anos com 11572 pessoas. A terceira causa de morte, são as doenças do aparelho respiratório, com 11580 pessoas, das quais 6142 são Homens e 5438 são Mulheres, mantendo-se igualmente a faixa etária predominante ≥ 75 anos, com 9501 pessoas.

Em relação ao número de óbitos e taxas de mortalidade específica para algumas causas de morte, temos em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório com 33811 óbitos (32,3%), com as doenças cerebrovasculares, com 14583 óbitos (13,9%) e a cardiopatia isquémica com 7784 óbitos (7,4%). Em segundo lugar figuram os tumores (neoplasias) com 24608 óbitos (23,5%), com destaque :

- Tumores da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, com 3681 óbitos(3,5%);
- Tumores do estômago, com 2505 óbitos (2,4%);
- Tumores da próstata, com 1765 óbitos (1,7%);
- Tumores da mama feminina, com 1615 óbitos (1,5%).

Em terceiro lugar temos as doenças do aparelho respiratório, com 11580 óbitos (11,1%), com destaque para a pneumonia com 5145 óbitos (4,9%).

No que diz respeito à demora média, em dias de internamento relativamente aos grupos de doença, temos em primeiro lugar as doenças infecciosas e parasitárias com 21255 pessoas (11879 Homens; 9376 Mulheres), com 11,5 dias de demora média. Em segundo lugar seguem-se as doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos, com 8039 pessoas (3553 Homens; 4486 Mulheres), com 8,2 dias de demora média de internamento. Em terceiro lugar, com idêntico número de dias de demora média de internamento - 8,0 dias - temos os tumores com 98800 pessoas (44843 Homens; 53957 Mulheres) e as doenças do aparelho respiratório com 102480 pessoas (57385 Homens; 45095 Mulheres).

Anualmente, chegam à consulta de Cuidados Paliativos do HSM mais de 400 novos doentes, um número que está a aumentar e cerca de 50 doentes são acompanhados pela equipa de Cuidados Paliativos.

De acordo com o relatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foram assistidos, desde 2006, 122281 doentes com necessidades de Cuidados Paliativos, 75% dos quais com doenças oncológicas.

Perante estes números, constata-se a necessidade de investimento nas áreas da saúde a nível da prevenção e do rastreio precoce. É prioritário que o Sistema Nacional de Saúde adote uma visão mais alargada e atenta sobre este fenómeno, de forma a identificar meios de prevenção, limitando o aparecimento das doenças oncológicas e fazer rastreios diagnosticando precocemente, o que, de alguma forma diminuirá as consequências desta doença que atinge não só a própria pessoa como todas as pessoas que estão à sua volta, desde a família, amigos, trabalho, etc. Por sua vez a doença faz com que a pessoa seja submetida a múltiplos e diversos internamentos, o que leva a um aumento dos gastos em saúde.

O Enfermeiro, assume um papel importante ao nível da educação para a saúde, promovendo hábitos e estilos de vida saudáveis e estando sensível para encaminhar a população no rastreio precoce despistando atempadamente qualquer doença.

7. Primeira Consulta de Cuidados Paliativos

Aquando da primeira consulta (28 setembro de 2012) o Sr. Jorge vinha de maca, acompanhado pela sua esposa.

Consciente e orientado na pessoa, no espaço e no tempo, capaz de fornecer toda a história e informação necessárias. Comunicativo e com labilidade emocional acentuada, com períodos de choro frequentes quando falava de si e da sua história de vida.

Apresentava pele e mucosas ictéricas e com cansaço severo. Anorexia e caquexia com rápida deterioração em uma semana. Refere que a comida não tem sabor. Apresentava candidíase moderada e xerostomia severa. Edema acentuado dos membros inferiores, com trombose venosa profunda do membro inferior direito, apresentando dor 3 em 10 nos membros inferiores. Trânsito vesical sem alterações e obstipação de há 3 dias.

A entrevista centrada na pessoa assentou nos seguintes pontos:

- **Sentimentos relacionados com a doença, especialmente medos:**

O Sr. Jorge disse que sempre quis e gostava que lhe dissessem a verdade “gosto que me digam as coisas todas (...); “ que me digam o que tenho”.

O que mais o preocupava naquele momento era saber a verdade, que não lhe fosse escondido nada; “ assim já sei com que linhas me estou a cozer”; “ o Dr. que me operou disse que eu tinha um cancro maligno e fez-me um desenho do que me ia fazer”.

Transmitia revolta e tristeza por tudo aquilo que estava a passar, “não fiz mal a ninguém durante toda a minha vida (...) ajudei sempre as pessoas, fui boa pessoa e agora aconteceu-me isto (...) não mereço este castigo”.

Disse-lhe que imaginava que tivesse todos estes sentimentos e preocupações desde que tem estado doente e que estava ali para o esclarecer e ajudar em relação a todos estes aspetos e outros que fossem do seu interesse.

- **Ideias e explicações sobre a causa da doença e dos problemas:**

O Sr. Jorge tinha realizado uma TAC ao tórax, abdominal e pélvica há 4 dias e estava ansioso em relação ao seu resultado. A médica perguntou-lhe se queria saber o que dizia o exame. Ele disse que sim. Foi então que a médica o informou de que “a doença já tinha ido para outros sítios, para o fígado, para os pulmões (...)”.

Eu estava com a sua mão sobre a minha e a chorar o Sr. Jorge disse “já sei que está a desenvolver, agora interessa é que fique estagnado”. Diante de tanta força e esperança, conseguia perceber que o seu estado débil e frágil se devia ao evoluir da doença e que gostava simplesmente de ter alguma qualidade de vida para poder fazer coisas que gosta e lhe dão prazer como “conseguir ir até ao quintal, ir até ao meu comércio (...) mesmo sentado consigo embalar uns sacos e assim fico distraído e o tempo passa mais depressa” ; “gosto muito, à noite de estar com a minha netinha (...), gosto tanto da minha netinha, é tão linda”.

- **Impacto da doença na vida diária:**

Devido à rápida deterioração em uma semana, o Sr. Jorge não conseguia deambular sozinho e o facto de estar dependente para a realização das suas atividades de vida diária e estar confinado ao leito e ao sofá era motivo de grande sofrimento e dizia “ com uma cadeira de rodas já posso ir até ao quintal apanhar sol e estou entretido por lá”.

O seu cuidador principal é a sua esposa, a D. Teresa. Está a par da situação atual e a sua grande preocupação é “o que mais há a fazer”.

A D. Teresa, apesar de ter empregada em casa é Ela que dá banho ao seu marido na casa de banho, ajuda-o a vestir-se, prepara-lhe as refeições, ajuda-o a ir para o sofá e leva-o à casa de banho para urinar e evacuar.

O Sr. Jorge dizia que cada vez se sentia mais limitado e precisava da ajuda da família, dos médicos e dos enfermeiros, “sem eles não faço nada”; “a minha vida já não é o que era (...) nunca pensei ficar assim”; “tenho que me habituar assim como estou (...) preciso de uma cadeira de rodas para ter alguma qualidade”.

- **Expetativas acerca dos profissionais e da doença:**

Quando abordei o Sr. Jorge se sabia o nome da consulta a que tinha vindo e o que vinha fazer à consulta, disse que não sabia de nada, que vinha apenas a uma consulta que o seu médico da oncologia lhe referenciara. Expliquei-lhe então que a consulta na qual se encontrava era uma consulta de cuidados paliativos (nunca tinha ouvido falar em tal nome), em que quando não há tratamentos que possam curar as doenças, existem outros cuidados direcionados para as pessoas e suas famílias que lhes dão apoio a vários níveis, ajuda-as a ter melhor qualidade de vida, aliviando-lhes o seu sofrimento.

Depois de lhe ter falado da consulta, questionei-o em relação às expectativas sobre a forma como o poderia ajudar e o que gostaria que eu fizesse por si naquela consulta.

O Sr. Jorge, apesar de todas as circunstâncias, de toda a envolvência em relação à sua doença, sentia uma enorme gratidão por estar ali, pelas pessoas que o tinham recebido e acolhido de uma forma tão carinhosa. Que mostraram e sentiram interesse em o ajudar e poder acompanhar nesta fase de vida do seu processo de doença. “Nunca ninguém falou assim comigo, me explicou as coisas (...), gosto que me digam as coisas todas, que me digam o que tenho (...), assim já sei com que linhas me estou a cozer(...)”.

Em relação à consulta “gostei muito, fiquei esclarecido (...) tenho muito agradecer a todos por falarem assim comigo” e “espero que agora o meu problema fique estagnado para andar cá mais uns dias se der, se não der paciência” ; “acredito na ciência, que nos pode curar”.

7.1. Avaliação das necessidades e intervenções de enfermagem

Identificação de Problemas	Intervenções de enfermagem
Labilidade emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar conforto/alívio de sintomas; • Incentivar a expressão de emoções e sentimentos bem como dos seus medos e preocupações; • Ajudar a ver pequenas alegrias do presente; • Estabelecer expectativas e finalidades de curto prazo; • Encorajar a partilha de experiências positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio;
Alterações de paladar	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o sabor dos alimentos com especiarias, ervas aromáticas e molhos.
Anorexia e Caquexia	<ul style="list-style-type: none"> • As refeições serem com alimentos da preferência do doente, em pequena quantidade e distribuída ao longo do dia. Evitar os cheiros, comida quente ou ácida; • Suplementos alimentares em pó e líquidos; • Pode haver necessidade de estimulantes do apetite (acetato de megestrol); • Prevenção de úlceras de pressão; • Incentivo ao exercício e deambular por curtos períodos com ajuda.
Candidíase	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagens dos dentes e gengivas após as refeições e antes de deitar com escova ou esponja macias; • Fazer regularmente lavagens da boca com água;

Identificação de Problemas	Intervenções de enfermagem
	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer lavagens da cavidade oral 4x/dia e em SOS com o seguinte colutório preparado pela enfermeira e fornecido ao doente : frasco de bicarbonato de sódio 1,4% ao qual se adiciona 1 frasco de mycostatin, 1 bisnaga de lidocaína gel. Deve ser mantido no frigorífico para além da sua conservação, proporcionar alívio pela frescura quando se fazem os bochechos. Controla a dor pelo seu efeito anestésico tópico, analgésico e antifúngico. • Evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios; • Comunicar à médica/enfermeira agravamento do quadro e/ou aparecimento de qualquer eritema, dor ou fissuras na boca ou lábios.
Xerostomia	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas que proporcionem conforto e ajudem a aumentar a saliva: • Beber água em pequenos golos, várias vezes ao dia; • Beber e/ou bochechar chá frio de camomila com gotas de limão (se não tiver aftas ou outras feridas na boca); • Chupar rebuçados, de preferência sem açúcar com sabores (limão, laranja, mentol, ananás); • Chupar pedaços de frutas naturais, como ananás, abacaxi e laranja.
Edema M.Inf. TVP do MID	<ul style="list-style-type: none"> • Elevação dos membros inferiores e uso de meias de contenção; • Ensino sobre: • Usar sempre calçado de proteção, não caminhar descalço; • Limpar bem as zonas entre os dedos depois do banho para os proteger das infeções fúngicas; • Manter a pele macia aplicando um óleo ou creme; • Ter cuidado ao cortar as unhas dos pés, usar corta unhas em vez de tesouras; • Tratar quaisquer cortes ou arranhões imediatamente lavando e aplicando antisséptico; • Comunicar à médica/enfermeira se o membro aquecer ou ficar mais edemaciado. • Monitorização da toma correta da medicação.
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento confortável; • Hidratação com creme e massagem de modo a facilitar o retorno venoso; • Aplicação de meias de contenção. • Caso seja necessário fazer medicação prescrita em SOS e tomar nota do nº de vezes que é administrada e comunicar à médica/enfermeira caso exceda 3x/dia.
Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de sumo de fruta fresco e água várias vezes ao longo do dia; • Evitar beber chá preto, bebidas adoçadas com açúcar branco, e leite com chocolate; • Encorajar a ingestão de fibras sempre acompanhadas com líquidos; • Diminuir o consumo de alimentos obstipantes: arroz, queijo, chocolate, bananas;

Identificação de Problemas	Intervenções de enfermagem
Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a deambulação, fazer pequenos exercícios se tolerar e mudanças de posição frequentes; • Massagem abdominal através do calor das mãos colocadas na barriga e movimentos circulares efetuados no sentido dos ponteiros do relógio; • Ensino sobre aplicação de clister de limpeza; • Proporcionar intimidade ao doente.

7.2. Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes em Cuidados Paliativos. Possui uma escala que varia de zero a 10, onde zero representa a ausência do sintoma e 10 representa o sintoma na sua manifestação mais forte. A Escala pode ser preenchida pelo paciente, pela família ou pelo Enfermeiro. Possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente, permitindo que se adotem decisões adequadas para realização dos cuidados necessários.

A escala que se segue foi preenchida por mim após ter explicado ao Sr. Jorge a intensidade dos sintomas que estava a sentir naquele preciso momento da consulta.

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Outro problema	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

7.3. Escala de desempenho de Karnofsky

O índice de Karnofsky é uma escala de desempenho físico, que inicialmente foi desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos, mas que também tem sido aplicada na avaliação de outras doenças crônicas incapacitantes.

Os objetivos da escala de desempenho de Karnofsky são:

- Permite conhecer a capacidade do paciente para realizar as atividades de vida diária;
- É um elemento preditor independentemente da mortalidade, em patologias oncológicas e não oncológicas;
- Serve para a tomada de decisões clínicas e avaliar o impacto de um tratamento e da progressão da doença no paciente;
- Um Karnofsky de 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os seis meses seguintes.

Escala	Avaliação funcional
100	Normal; ausência de queixas; sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais; sinais e sintomas mínimos de doença
80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença. Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular.
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos.
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais.
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos.
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vígil sentado ou deitado.
30	Severamente incapacitado, indicado hospitalização, embora a morte não seja iminente.
20	Muito doente, necessário internamento hospitalar e tratamento de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado. Confinado à cama.
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente.

De acordo com a escala de desempenho de Karnofsky, o Sr. Jorge apresenta um Karnofsky de 40, em que se encontra dependente na maioria das atividades de vida diária, tais como: higiene pessoal; tomar banho; vestir-se/despir-se; ir ao wc; deambular; transferência do sofá para a cama e vice versa, entre outras. Passa a maior parte dos dias alternando entre a cama e o sofá.

7.4. Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades de vida diária (AVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

Tem como objetivos:

- Avaliar a capacidade funcional;
- Detetar o grau de deterioração;
- Monitorizar objetivamente a evolução clínica;
- Desenhar planos de cuidados e de reabilitação de forma interdisciplinar.

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência.

Atividades

Higiene pessoal

0 = *Necessita de ajuda com o cuidado pessoal*

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = *Continente (não apresenta episódios de incontinência)*

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = *Continente (por mais de 7 dias)*

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = *Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho*

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = *Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.*

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100) – 50 pontos

O Sr. Jorge apresenta uma grave dependência para a realização das atividades de vida diária.

7.5. Escala de Norton

A escala de Norton é uma escala de avaliação do risco de úlcera de pressão que avalia parâmetros distribuídos por cinco dimensões: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência. A sua ponderação varia de cinco a vinte, sendo que quanto mais baixa for a pontuação maior é o risco. Uma pontuação de 14 ou menos significa um doente em risco de desenvolver úlceras de pressão.

Estado Físico	Estado Mental	Atividade	Mobilidade	Incontinência	Pontos
Bom	Desperto/ Orientado (4)	Ambulatório	Mantida	Nenhuma (4)	4
Equilíbrio	Apático	Anda com ajuda (3)	Limitada	Ocasional	3
Deficiente (2)	Confuso	Levante Cadeira	Muito Limitada (2)	Vesical ou Intestinal	2
Mau	Estupor/ Coma	Acamado	Imóvel	Vesical e Intestinal	1

O Sr. Jorge apresenta um total de 15 pontos, o que significa que tem um risco bastante elevado de desenvolver úlceras de pressão.

8. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”

Foco de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Perturbações físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca da ingestão nutricional; • Ensinar a família acerca do regime dietético; • Ensinar sobre a medicação; • Avaliar a atitude face à gestão da medicação; • Avaliar a resposta à medicação; • Avaliar terapias tradicionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter trânsito intestinal regulado • Dejeções de características normais
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional comprometido • Lesão, risco de 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o regime dietético; • Ensinar acerca das necessidades dietéticas. • Posicionar o doente; • Cuidado no domicílio (proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados). 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o apetite; • Pele e mucosas hidratadas; • Melhorar o aspeto geral. • Que o doente não apresente soluções de continuidade.
	<ul style="list-style-type: none"> • Integridade cutânea comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado à ferida (realizar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrização da ferida.
	<ul style="list-style-type: none"> • Desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o bem estar físico; • Avaliar o bem estar psicológico; • Avaliar o ambiente; • Incentivar o repouso; • Avaliar o controlo dos sintomas; • Avaliar as terapêuticas tradicionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Bem estar físico e psicológico do doente; • Sentir-se confortável. • Dormir bem durante a noite, com sono tranquilo e reparador. • Períodos de descanso durante o dia

Foco de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Perturbações psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento acerca da doença, falta de • Bem estar psicológico, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca do processo de doença; • Avaliar o bem estar psicológico; • Apoiar o estado psicológico; • Providenciar apoio emocional; • Encorajar as afirmações positivas; • Promover a auto estima; • Promover a esperança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge se sinta esclarecido em relação às suas preocupações; • Bem estar psicológico; • Aumento da auto estima e auto confiança; • Tenha acompanhamento por parte do psicólogo;
Capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidades; • Avaliar o autocuidado; • Promover o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais autonomia na realização das AVDs.
Autonomia/controlo	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito de decisões • Sentimentos de impotência 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver no processo de tomada de decisões; • Apoiar no processo de tomada de decisões; • Reforçar a definição de prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge se sinta valorizado e com capacidades para tomar decisões, sentindo-se útil.
Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação do estado de saúde, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aceitação do estado de saúde; • Avaliar a atitude relativamente à doença; • Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consiga viver o melhor possível com a sua doença, sem sofrimento e com máximo de qualidade de vida possível.
Viver no momento	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade relativamente à morte. Incapacidade para realizar atividades de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar acerca dos medos; • Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; • Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer; • Implementar terapêutica de distração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir falar das suas preocupações e medos, de forma a sentir-se mais confiante, apoiado e tranquilo; • Sentir-se ocupado e distraído com atividades e na companhia de pessoas que lhe dão prazer e o fazem sentir bem.

Foco de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Manter a normalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação, comprometida. • Bem estar social, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar terapêutica de humor; • Promover o bem estar social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a fazer coisas que gosta e lhe dão prazer, como contar histórias de vida pelas quais passou e lhe trazem boas recordações; • Sair para a rua e ir até ao seu comércio e conviver com as pessoas.
Encontrar conforto espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento. • Crenças espirituais, em conflito • Angústia espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as crenças espirituais; • Proporcionar privacidade para o comportamento espiritual; • Proporcionar apoio espiritual; • Apoiar as crenças; • Aconselhar sobre a angústia espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar um sentido para a vida, reduzindo o seu sofrimento espiritual; se acredita que a ciência o pode ajudar a sentir-se melhor, que mantenha essa fé e essa esperança.
Apoio social	<ul style="list-style-type: none"> • Stress do prestador de cuidados, risco de • Apoio social, falta de • Socialização comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o stress do prestador de cuidados; • Colaborar com a assistência social; • Estabelecer a confiança; • Promover o apoio social; • Comunicar o estado a um familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge tenha uma cadeira de rodas que é um dos seus maiores desejos, para poder ter mais qualidade de vida.
Responsável pela prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de tomar conta • Atitude do prestador de cuidados, positiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a continuidade dos cuidados; • Identificar a atitude relativamente aos cuidados; • Apoiar os prestadores de cuidados; • Ensinar a família acerca do processo de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • O Cuidador, se sinta esclarecido acerca da evolução da doença do seu marido e lhe sejam proporcionados todos os apoios de que necessita para o cuidar e poderem usufruir da companhia um do outro, no seu lar.

9. Terapêutica Instituída

Terapêutica	Dosagem	Jejum	Pequeno almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Prednisolona	20 mg	-	½	-	½	-	-
Lorenim	1 mg	-	-	-	-	-	½
Furosemida	40 mg	1	-	-	-	-	-
Mycostatin	1 pipeta	-	1	1	-	1	1
Metoclopramida, 30 min. antes refeições, até 4xD	10 mg	-	1	1	-	1	-

Terapêutica em SOS

Se dor:

1º - Ben-u-ron, 1 gr;

2º - Oramorph 20 mg/ml, 3 gotas (pode repetir 1 hora depois, se necessário).

Se usar ≥3 vezes ao dia, avisar o médico.

Se falta de ar:

Oramorph 20 mg/ml, 3 gotas, até 4 vezes ao dia

Se insónia/ansiedade:

Lorenin, ½ comprimido até 3 vezes ao dia

Se agitação:

Nozinan (Levomepromazina) 5 gotas, até 5 vezes ao dia

Se prisão de ventre:

1º Microlax, 2 clisteres

2º Clyss-Go

10. Evolução da situação

Ao longo do estágio pude acompanhar o Sr. Jorge em 3 consultas e através da monitorização telefónica sempre que achei pertinente.

Foi notório a evolução da doença, a degradação do seu estado geral. Foi penoso assistir a este evoluir.

Na última consulta (29/10/2012), o Sr. Jorge encontrava-se mais icterico, com caquexia e com edema acentuado dos membros inferiores, com soluções de continuidade dispersas e a drenar plasma. Estava em cadeira de rodas e não era possível fazer carga nos membros inferiores. A transferência para a marquesa foi com ajuda parcial.

Foi realizado penso o que lhe proporcionou imediato conforto e bem estar. Foi feita carta de enfermagem no sentido de dar continuidade de cuidados por parte da equipa de enfermagem do Centro de Saúde em apoiar no domicílio.

O Sr. Jorge mantinha labilidade emocional, lamentando-se por tudo o que estava a viver “(...) se Deus existe porque é que isto me aconteceu (...)”. Não aceita a condição em que se encontra “(...) fui sempre boa pessoa, não fiz mal a ninguém (...) não mereço isto (...)”.

Contrapondo este comportamento de tristeza, angústia, revolta e ansiedade, consegue ver aspetos positivos na sua vida, como sejam, a sua netinha e toda a sua família, desde a esposa, à filha e genro de quem gosta e admira muito. Estabelece objetivos a curto prazo para melhorar a sua qualidade de vida, que passam por ter uma cadeira de rodas (a Assistente Social está tratar da situação) para poder ir até ao quintal e até ao comércio onde trabalhou grande parte da sua vida a embalar sacos de plástico. Assim podia dar uma ajuda à filha, distraía-se com as pessoas e o tempo passava mais depressa. À noite, depois do jantar continua a estar na companhia da sua neta que tanto gosta e tantas alegrias lhe dá.

A D. Teresa continua a prestar-lhe os cuidados de higiene na casa de banho e ajuda-o na marcha amparando-o.

No que respeita à alimentação, tem-se alimentado com apetite e a esposa tem-lhe feito os seus pratos preferidos.

À noite não tem necessitado de tomar o comprimido (Lorenin), tem dormido bem. Também não tem tido dores, por isso nunca chegou a fazer nenhum SOS.

O trânsito intestinal e vesical tem estado mantido.

Questionada a D. Teresa em relação à necessidade de ter apoio em casa para a ajudarem nos cuidados a ter com o seu marido, refere que enquanto conseguir não quer que lhe seja prestada essa ajuda “(...) é uma obrigação que tenho em cuidar do meu marido (...)”.

A D. Teresa tem recebido apoio da Psicóloga. Apresenta-se exausta, sobrecarregada física e psicologicamente com toda a situação, associado também à sua idade e aos seus problemas de saúde (HTA, Diabetes, úlcera varicosa no membro inferior). Tem conhecimento da doença e sua evolução, que é grave. Cada dia que passa vai vendo o seu marido mais “afundado” e diz “(...) não quero ver o meu marido a sofrer (...), quem o vê agora ninguém o conhece, era uma pessoa forte, bem constituída (...), onde ele estava era sempre uma casa cheia, alegre e bem disposto (...), custa-me tanto ver o meu marido assim (...)”. São proporcionados momentos a sós (não quer que o seu marido a veja chorar) em que partilha os seus sentimentos e emoções, os seus medos e preocupações.

Estabeleceu-se uma relação empática entre mim e esta família tão acolhedora e tão sofrida. Foi um privilégio ter podido cuidar deste doente/família em fim de vida, de ter proporcionado bons momentos, contribuir para o seu conforto e qualidade de vida.

Também eu vivi bons momentos enquanto cuidei, permitiram o meu crescimento pessoal e profissional e um olhar diferente perante a vida.

11. Considerações finais

O Enfermeiro especialista desempenha um papel fulcral em cuidados paliativos. Exige formação específica na área para poder dar resposta ao enorme leque de solicitações que abarcam a pessoa/família/cuidador em processo de fim de vida.

O controlo sintomático não se consegue dissociar do apoio à família, de uma comunicação adequada e de uma relação entre a equipa. Todas estas vertentes estão interligadas quando cuidamos de uma pessoa/família em situação avançada, progressiva e incurável da sua doença e são o pilar dos cuidados paliativos.

Este estágio foi uma experiência gratificante e muito enriquecedora tanto pessoal como profissionalmente. Foi fundamental para aprender a conhecer bem as minhas motivações e as minhas emoções mas também os meus limites, as minhas crenças e aversões.

Somos confrontados com os nossos próprios limites, por um lado limites físicos de sobrecarga de trabalho e por outro lado limites psicológicos como sejam suportar a angústia de um doente e familiar na vivência de uma doença incurável, gerir o sofrimento de quem padece de dor e acompanhar uma mãe que vê o seu filho em fim de vida.

Foram várias as situações em que me confrontei com o sofrimento, com a doença e com a morte que me levaram a refletir sobre o meu agir, o meu comportamento. A partilha de vivências/experiências no seio da equipa é fundamental para que em conjunto se adotem medidas e estratégias para ultrapassar situações menos boas e que de certa forma nos fragilizam mais.

Pude desenvolver competências de enfermeira especialista no cuidado à pessoa/família/cuidador em fim de vida, particularmente o refletir e agir em enfermagem sempre com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, proporcionando conforto e bem estar a todos aqueles que pude cuidar em cuidados paliativos com todo o respeito e dignidade.

12. Bibliografia

BARBOSA, António – **Pensar o morrer nos cuidados de saúde**. In *Análise Social*. Novas faces da saúde, 166 (XXXVIII), 2002

BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5

FONSECA, João Vicente César; REBELO, Teresa – **Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos**. *Rev Bras Enferm*, Brasília, jan-fev; 64 (1) : 180 – 4, 2011

FRIAS, Cidália – **O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar**. *Revista Referência*, II Série – nº6 – Jun. 2008

HOTTE, Micheline; DESMARAIS, Diane – **Le processus de transition de l'adolescent atteint d'insuffisance rénale. Pespctive Infirmière**. Paris (2003) 33-40

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; VAN LOON; Antonia – **Transition: a literature review**. *Journal compilation*. Australia (2006) 320-329

LOPES, Manuel José – **Os clientes e os enfermeiros : construção de uma relação**. *Rev Esc Enferm USP*. 39(2):220-8, 2005

MARKEY, Phipps Sands; *et al* – **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica**, Lusociência, sexta edição, volume III, 2003, ISBN: 972-8383-65-7

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical Nursing : Development & Progress**. Editora Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ISBN 0-7817-5767-3

MELEIS, Afaf Ibrahim; SCHUMACHER, Karen L. – **Transtions: A Central Concept in Nursing**. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. San Francisco (1994) 119-126

MONAHAN, Frances Donovan; *et al* – **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspetivas de Saúde e Doença**, Lusodidacta, oitava edição, Volume III, 2010, ISBN: 978-989-8075-22-2

MÓNICA, M. Filomena - **A Morte**. Lisboa: Ensaio da Fundação, 2011

SEQUEIRA, C.- **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 978-972-7960-93-4

ZAGONEL, I. P. Sanson – **O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem**. Rev.latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto (1999) 25-32

ZAGONEL, I. P. Sanson; MAAS, Tânia – **Transição De Saúde – Doença Do Ser Adolescente Hospitalizado**. Cogitare Enferm. Brasil (2005) 68-75

**APÊNDICE H - PLANO DA SESSÃO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO
“CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS – UM
ESTUDO DE CASO”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PLANO DE SESSÃO

LOCAL – Consulta de Cuidados Paliativos do Hospital de Santa Maria

TEMA – Controlo Sintomático em Cuidados Paliativos – Estudo de Caso

DATA - 08 de novembro de 2012

PÚBLICO-ALVO - Enfermeiros da Consulta de Cuidados Paliativos

NOME DO FORMADOR - Luísa Maria Rocha Afonso

TUTORA - Professora G. Marques da Gama

Orientadora - Enfermeira Emília Fradique

OBJETIVO GERAL :

- Promover uma reflexão crítica acerca das competências do enfermeiro na abordagem da pessoa/família/cuidador em fase avançada, progressiva e incurável do seu processo de doença com descontrolo sintomático numa consulta de cuidados paliativos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- Partilhar a experiência relativa ao cuidar de uma pessoa/família/cuidador em fase avançada, progressiva e incurável do seu processo de doença em cuidados paliativos.
- Informar acerca da epidemiologia da doença oncológica em Portugal.
- Analisar diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a CIPE “Cuidados paliativos para uma Morte Digna”.

Etapas	Conteúdos	Metodologia	MAE	Duração (Min.)
Introdução	Apresentação do formador; Apresentação dos objetivos da formação.	Expositivo	Computador Projetor Suporte em papel	5 minutos
Desenvolvimento	Controlo Sintomático; Caraterização da situação; Carcinoma do estômago; Epidemiologia da doença oncológica em Portugal; Avaliação das necessidades e intervenções de enfermagem; CIPE "Cuidados Paliativos para uma Morte Digna"; Terapêutica instituída; Evolução da situação	Expositivo Interativo	Computador Projetor	15 minutos
Conclusão	Análise crítico-reflexiva	Expositivo Interativo		5 minutos
Avaliação			Questionário	5 minutos

**APÊNDICE I - POWER POINT DA APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE
CASO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”**



CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS

ESTUDO DE CASO

FORMADORA: LUÍSA AFONSO

PROF.^a TUTORA: G. MARQUES DA GAMA

ORIENTADORA: ENF.^a ESPECIALISTA EMÍLIA FRADIQUE

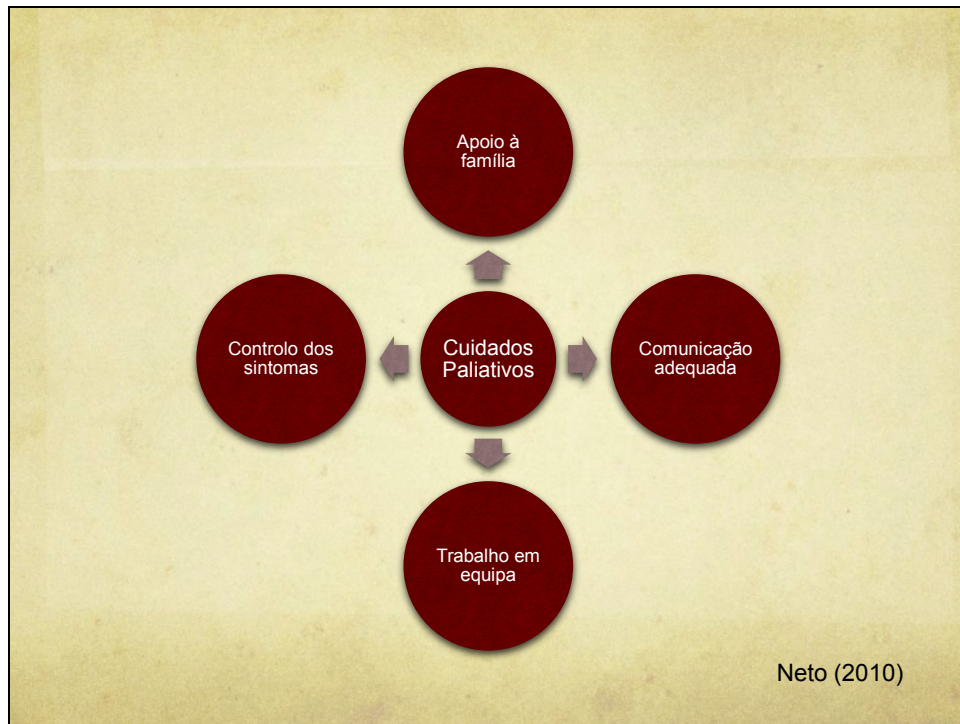
Objetivos

Objetivo geral

- Promover uma reflexão crítica acerca das competências do enfermeiro na abordagem de um doente/família em fase avançada, progressiva e incurável do seu processo de doença com descontrolo sintomático numa Unidade de Medicina Paliativa.

Objetivos específicos

- Partilhar a experiência relativa ao cuidar de um doente/família em fase avançada, progressiva e incurável do seu processo de doença;
- Informar acerca da epidemiologia da doença oncológica em Portugal;
- Analisar diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a CIPE “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”.

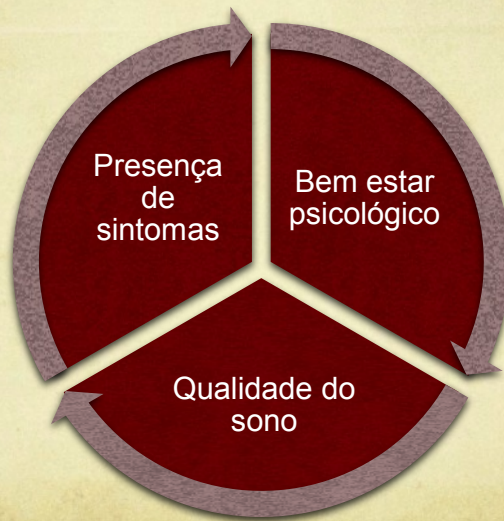


Controlo Sintomático Princípios

- *Avaliar e monitorizar corretamente os sintomas;*
- *Utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas);*
- *Adequar a via de administração;*
- *Antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva;*
- *Estabelecer planos com o doente e família;*
- *Dar uma explicação sobre a situação;*
- *Reavaliar periodicamente;*
- *Dar atenção aos detalhes;*
- *Estar disponível.*

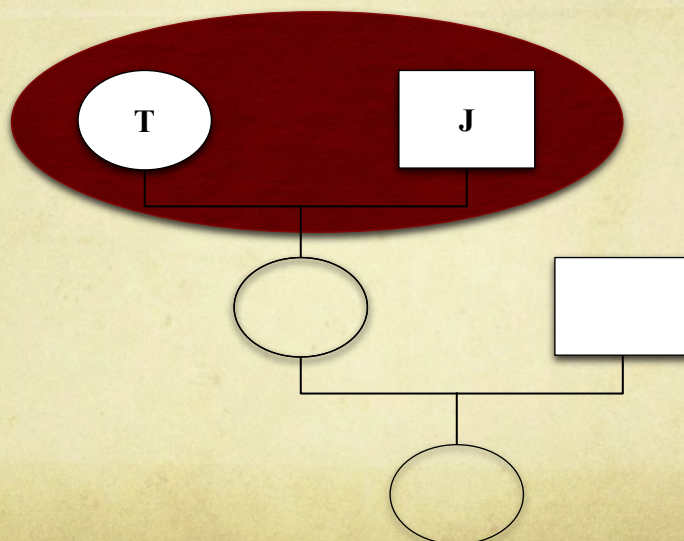
Neto (2010:66)

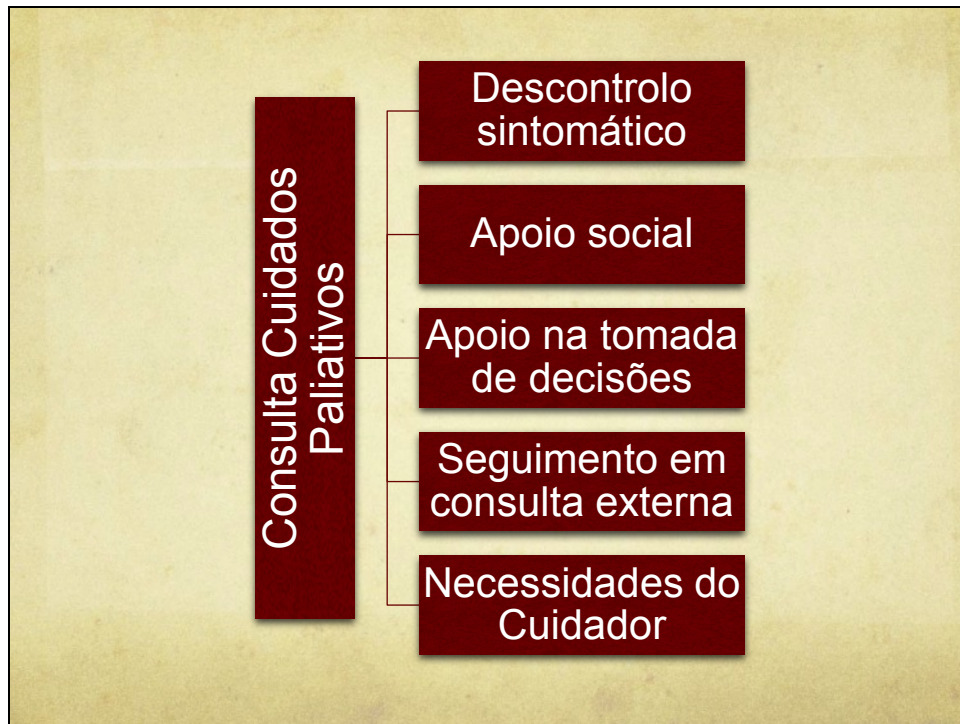
Contantes de Conforto



Neto (2010)

Genograma





Carcinoma do Estômago

Fatores de Risco

- Dieta pobre em frutas e vegetais frescos;
- Dieta rica em alimentos fumados e de conserva, os quais contêm nitritos e nitratos e níveis elevados de sal;
- Elevado teor de nitratos no solo e na água;
- História de tabagismo acentuado;
- Presença de gastrite crónica induzida por *Helicobacter pylori* e acloridria (10% de doentes desenvolvem carcinoma em menos de 15 anos);
- Idade e sexo (a incidência aumenta nitidamente após os 40 anos de idade, com uma relação homem: mulher de 2: 1);
- Anomalias genéticas.
- Aparentemente, a Aspirina tem um efeito protetor e reduz o risco.

Carcinoma do Estômago

Fatores de Risco

- Dieta pobre em frutas e vegetais frescos;
- Dieta rica em alimentos fumados e de conserva, os quais contêm nitritos e nitratos e níveis elevados de sal;
- Elevado teor de nitratos no solo e na água;
- História de tabagismo acentuado;
- Presença de gastrite crônica induzida por *Helicobacter pylori* e acloridria (10% de doentes desenvolvem carcinoma em menos de 15 anos);
- Idade e sexo (a incidência aumenta nitidamente após os 40 anos de idade, com uma relação homem: mulher de 2: 1);
- Anomalias genéticas.
- Aparentemente, a Aspirina tem um efeito protetor e reduz o risco.

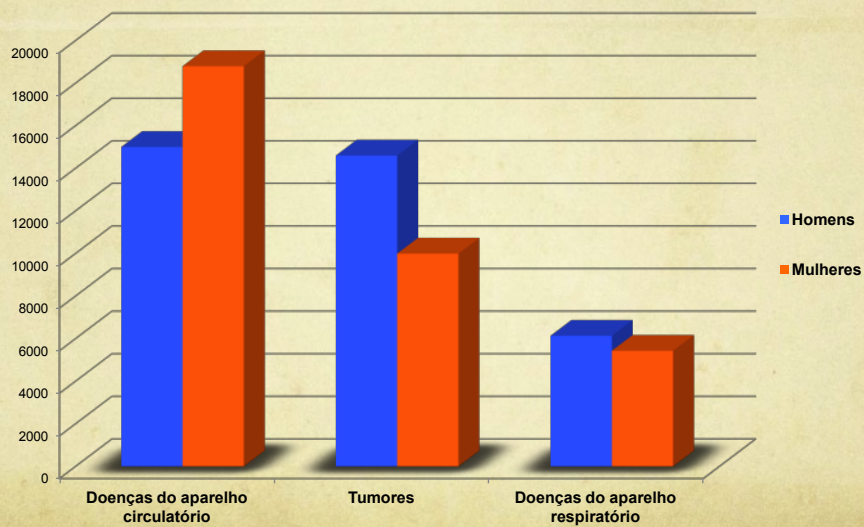
Exames de Diagnóstico

- Endoscopia: exame de diagnóstico preferido;
- Biopsia: são colhidas entre seis e oito amostras do bordo e da base da úlcera (a biopsia, é o procedimento de diagnóstico de eleição, quando há suspeita de carcinoma gástrico);
- Trânsito baritado esogastroduodenal: bastante preciso no diagnóstico de carcinoma avançado, mas não permite distinguir um tumor benigno de um tumor maligno;
- Ecoendoscopia: permite a visualização das cinco camadas da parede gástrica;
- Tomografia axial computadorizada (TAC): usada sobretudo para detecção de metástases.

Tratamento

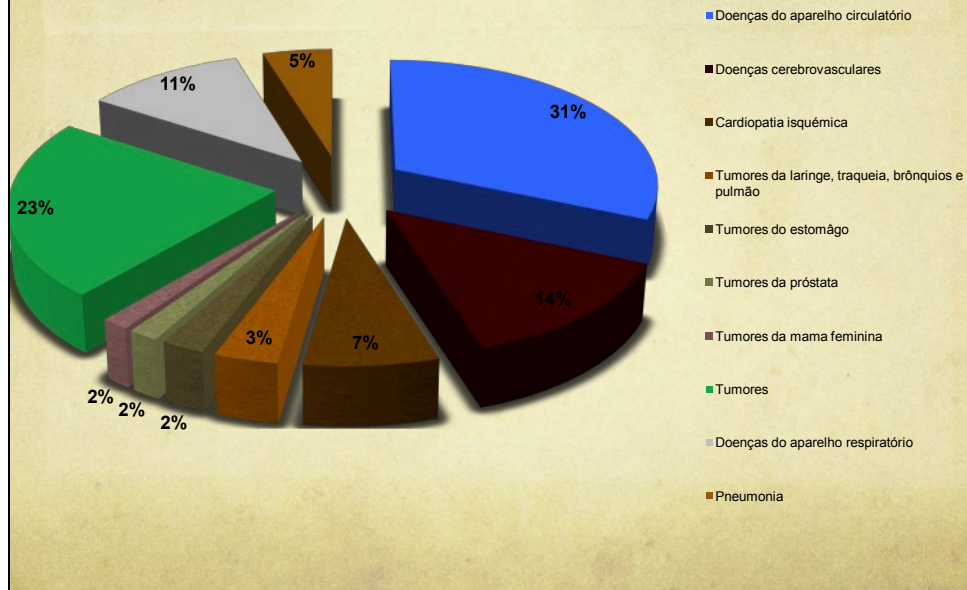
- Radioterapia (???)
- Radioterapia intraoperatória (???)
- Quimioterapia
- Tratamento cirúrgico - Gastrectomia

Epidemiologia da doença oncológica em Portugal Causas de morte

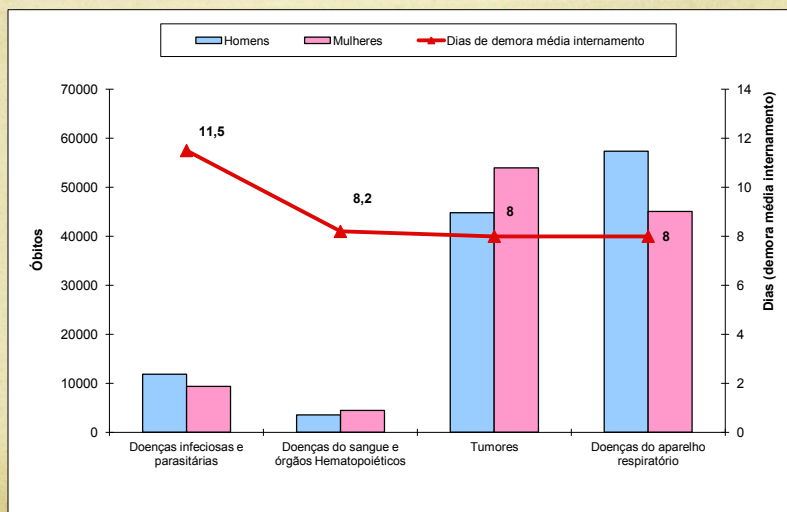


Fonte: DGS 2008

Número de óbitos e taxas de mortalidade específica para algumas causas de morte



Demora média, em dias de internamento relativamente aos grupos de doença



Caraterização da Situação

- Diagnóstico de Neoplasia gástrica em junho de 2009
- Gastrectomia em 28 abril de 2010 e quimioterapia paliativas
- Último ciclo em junho de 2012
- Atualmente estadio IV, metastização hepática, pulmonar, supra renal esquerda e carcinomatose peritoneal
- Último internamento a 11 de setembro 2012 por IR agudizada e desidratação
- TAC tórax, abdominal e pélvica a 24 de setembro

Primeira consulta de Cuidados Paliativos

- Sentimentos relacionados com a doença, especialmente medos;
- Ideias e explicações sobre a causa da doença e dos problemas;
- Impacto da doença na vida diária;
- Expetativas acerca dos profissionais e da doença

Identificação das necessidades de enfermagem

- Labilidade emocional
- Alterações do paladar
- Anorexia e caquexia
- Candidíase
- Xerostomia
- Edema dos membros inferiores e TVP do MID
- Dor
- Obstipação

Identificação de Problemas	Intervenções de enfermagem
Labilidade emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar conforto/alívio de sintomas; • Incentivar a expressão de emoções e sentimentos bem como dos seus medos e preocupações; • Ajudar a ver pequenas alegrias do presente; • Estabelecer expectativas e finalidades de curto prazo; • Encorajar a partilha de experiências positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio;
Alterações de paladar	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o sabor dos alimentos com especiarias, ervas aromáticas e molhos.
Anorexia e Caquexia	<ul style="list-style-type: none"> • As refeições serem com alimentos da preferência do doente, em pequena quantidade e distribuída ao longo do dia. Evitar os cheiros, comida quente ou ácida; • Suplementos alimentares em pó e líquidos; • Pode haver necessidade de estimulantes do apetite (acetato de megestrol); • Prevenção de úlceras de pressão; • Incentivo ao exercício e deambular por curtos períodos com ajuda.

Candidíase	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagens dos dentes e gengivas após as refeições e antes de deitar com escova ou esponja macias; • Fazer regularmente lavagens da boca com água; • Fazer lavagens da cavidade oral 4x/dia e em SOS com o seguinte colutório preparado pela enfermeira e fornecido ao doente : frasco de bicarbonato de sódio 1,4% ao qual se adiciona 1 frasco de mycostatin, 1 bisnaga de lidocaína gel. Deve ser mantido no frigorífico para além da sua conservação, proporcionar alívio pela frescura quando se fazem os bochechos. Controla a dor pelo seu efeito anestésico tópico, analgésico e antifúngico. • Evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios; • Comunicar à médica/enfermeira agravamento do quadro e/ou aparecimento de qualquer eritema, dor ou fissuras na boca ou lábios.
Xerostomia	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas que proporcionem conforto e ajudem a aumentar a saliva: • Beber água em pequenos golos, várias vezes ao dia; • Beber e/ou bochechar chá frio de camomila com gotas de limão (se não tiver aftas ou outras feridas na boca); • Chupar rebuçados, de preferência sem açúcar com sabores (limão, laranja, mentol, ananás); • Chupar pedaços de frutas naturais, como ananás, abacaxi e laranja.

Edema M.Inf. TVP do MID	<ul style="list-style-type: none"> • Elevação dos membros inferiores e uso de meias de contenção; • Ensino sobre: • Usar sempre calçado de proteção, não caminhar descalço; • Limpar bem as zonas entre os dedos depois do banho para os proteger das infeções fúngicas; • Manter a pele macia aplicando um óleo ou creme; • Ter cuidado ao cortar as unhas dos pés, usar corta unhas em vez de tesouras; • Tratar quaisquer cortes ou arranhões imediatamente lavando e aplicando antisséptico; • Comunicar à médica/enfermeira se o membro aquecer ou ficar mais edemaciado. • Monitorização da toma correta da medicação.
Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento confortável; • Hidratação com creme e massagem de modo a facilitar o retorno venoso; • Aplicação de meias de contenção. • Caso seja necessário fazer medicação prescrita em SOS e tomar nota do nº de vezes que é administrada e comunicar à médica/enfermeira caso exceda 3x/dia.
Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de sumo de fruta fresco e água várias vezes ao longo do dia; • Evitar beber chá preto, bebidas adoçadas com açúcar branco, e leite com chocolate; • Encorajar a ingestão de fibras sempre acompanhadas com líquidos; • Diminuir o consumo de alimentos obstipantes: arroz, queijo, chocolate, bananas; • Estimular a deambulação, fazer pequenos exercícios se tolerar

Avaliação das necessidades de enfermagem

- ESAS
- Escala de desempenho de karnofsky (karnofsky de 40 : *Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigeil sentado ou deitado*)
- Índice de Barthel (Total : 50 pontos, grave dependência para a realização das AVD)
- Escala de Norton (Total : 15 pontos; uma pontuação de 14 ou menos significa um doente em risco de desenvolver úlceras de pressão)

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de bem estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior falta de ar possível
Outro problema	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Foco de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Perturbações físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstipação 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca da ingestão nutricional; • Ensinar a família acerca do regime dietético; • Ensinar sobre a medicação; • Avaliar a atitude face à gestão da medicação; • Avaliar a resposta à medicação; • Avaliar terapias tradicionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter trânsito intestinal regulado • Dejeções de características normais
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional comprometido • Lesão, risco de 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o regime dietético; • Ensinar acerca das necessidades dietéticas. • Posicionar o doente; • Cuidado no domicílio (proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados). 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o apetite; • Pele e mucosas hidratadas; • Melhorar o aspeto geral. • Que o doente não apresente soluções de continuidade.
	<ul style="list-style-type: none"> • Integridade cutânea comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado à ferida (realizar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cicatrização da ferida.

<ul style="list-style-type: none"> • Desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o bem estar físico; • Avaliar o bem estar psicológico; • Avaliar o ambiente; • Incentivar o repouso; • Avaliar o controlo dos sintomas; • Avaliar as terapêuticas tradicionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Bem estar físico e psicológico do doente; • Sentir-se confortável. • Dormir bem durante a noite, com sono tranquilo e reparador. • Períodos de descanso durante o dia
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento acerca da doença, falta de • Bem estar psicológico, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar acerca do processo de doença; • Avaliar o bem estar psicológico; • Apoiar o estado emocional; • Providenciar apoio emocional; • Encorajar as afirmações positivas; • Promover a auto estima; • Promover a esperança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge se sinta esclarecido em relação às suas preocupações; • Bem estar psicológico; • Aumento da auto estima e auto confiança; • Tenha acompanhamento por parte do psicólogo;
<ul style="list-style-type: none"> • Défice de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidades; • Avaliar o autocuidado; • Promover o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais autonomia na realização das AVDs.
<ul style="list-style-type: none"> • Conflito de decisões • Sentimentos de impotência 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver no processo de tomada de decisões; • Apoiar no processo de tomada de decisões; • Reforçar a definição de prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge se sinta valorizado e com capacidades para tomar decisões, sentindo-se útil.

Aceitação	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação do estado de saúde, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a aceitação do estado de saúde; • Avaliar a atitude relativamente à doença; • Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consiga viver o melhor possível com a sua doença, sem sofrimento e com máximo de qualidade de vida possível.
Viver no momento	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade relativamente à morte. Incapacidade para realizar atividades de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar acerca dos medos; • Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; • Facilitar a capacidade para falar sobre o processo de morrer; • Implementar terapêutica de distração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir falar das suas preocupações e medos, de forma a sentir-se mais confiante, apoiado e tranquilo; • Sentir-se ocupado e distraído com atividades e na companhia de pessoas que lhe dão prazer e o fazem sentir bem.
Manter a normalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação, comprometida. • Bem estar social, comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar terapêutica de humor; • Promover o bem estar social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a fazer coisas que gosta e lhe dão prazer, como contar histórias de vida pelas quais passou e lhe trazem boas recordações; • Sair para a rua e ir até ao seu comércio e conviver com as pessoas.
Encontrar conforto espiritual	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento. • Crenças espirituais, em conflito • Angústia espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as crenças espirituais; • Proporcionar privacidade para o comportamento espiritual; • Proporcionar apoio espiritual; • Apoiar as crenças; • Aconselhar sobre a angústia espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar um sentido para a vida, reduzindo o seu sofrimento espiritual; se acredita que a ciência o pode ajudar a sentir-se melhor, que mantenha essa fé e essa esperança.

Apoio social	<ul style="list-style-type: none"> • Stress do prestador de cuidados, risco de • Apoio social, falta de • Socialização comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o stress do prestador de cuidados; • Colaborar com a assistência social; • Estabelecer a confiança; • Promover o apoio social; • Comunicar o estado a um familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Sr. Jorge tenha uma cadeira de rodas que é um dos seus maiores desejos, para poder ter mais qualidade de vida.
Responsável pela prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de tomar conta • Atitude do prestador de cuidados, positiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a continuidade dos cuidados; • Identificar a atitude relativamente aos cuidados; • Apoiar os prestadores de cuidados; • Ensinar a família acerca do processo de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • O Cuidador, se sinta esclarecido acerca da evolução da doença do seu marido e lhe sejam proporcionados todos os apoios de que necessita para o cuidar e poderem usufruir da companhia um do outro, no seu lar.

Terapêutica instituída

Terapêutica	Dosagem	Jejum	Pequeno almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Prednisolona	20 mg	-	½	-	½	-	-
Lorenim	1 mg	-	-	-	-	-	½
Furosemida	40 mg	1	-	-	-	-	-
Mycostatin	1 pipeta	-	1	1	-	1	1
Metoclopramida, 30 min. antes refeições, até 4xD	10 mg	-	1	1	-	1	-

Bibliografia

- BARBOSA, António – **Pensar o morrer nos cuidados de saúde**. In *Análise Social. Novas faces da saúde*, 166 (XXXVIII), 2002
- BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5
- FONSECA, João Vicente César; REBELO, Teresa – **Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos**. *Rev Bras Enferm*, Brasília, jan-fev; 64 (1) : 180 –4, 2011
- FRIAS, Cidália – **O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar**. *Revista Referência, II Série – nº6 – Jun. 2008*
- LOPES, Manuel José – **Os clientes e os enfermeiros : construção de uma relação**. *Rev Esc Enferm USP*. 39(2):220-8, 2005
- MARKEY, Phipps Sands; *et al* – **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica**, Lusociência, sexta edição, volume III, 2003, ISBN: 972-8383-65-7
- MONAHAN, Frances Donovan; *et al* – **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspetivas de Saúde e Doença**, Lusodidacta, oitava edição, Volume III, 2010, ISBN: 978-989-8075-22-2
- MÓNICA, M. Filomena - **A Morte**. Lisboa: Ensaio da Fundação, 2011
- SEQUEIRA, C.- **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007
- TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 978-972-7960-93-4

**APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
FORMAÇÃO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS”**



**APRESENTAÇÃO DE ESTUDO DE CASO
CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS PALIATIVOS
QUESTIONÁRIO**

1 - Que grau de importância atribui ao tema, da formação, para a sua prática diária?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

2 – Que grau de importância atribui aos conteúdos adquiridos, na formação, para a sua prática diária?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

3- Que grau de importância atribui ao controlo sintomático do doente em fase avançada, progressiva e incurável da sua doença, em Cuidados paliativos?

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

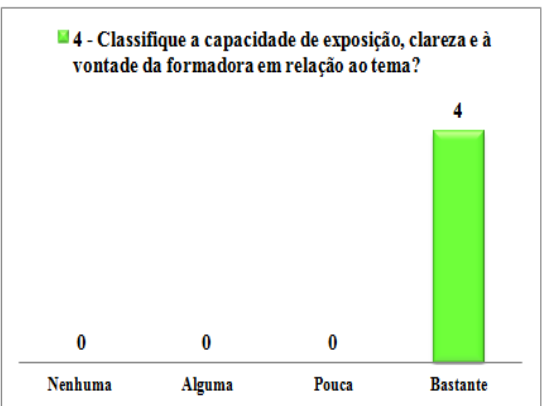
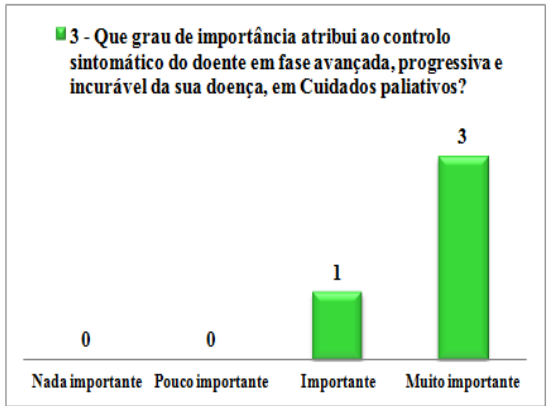
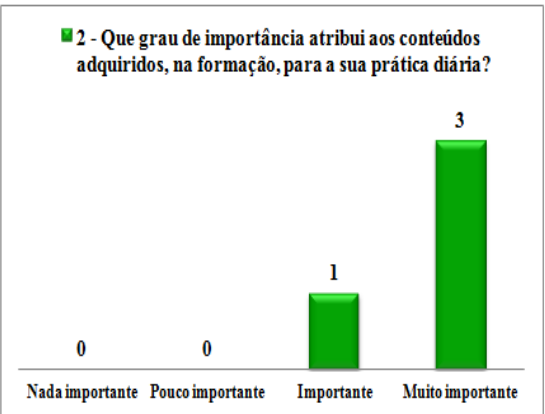
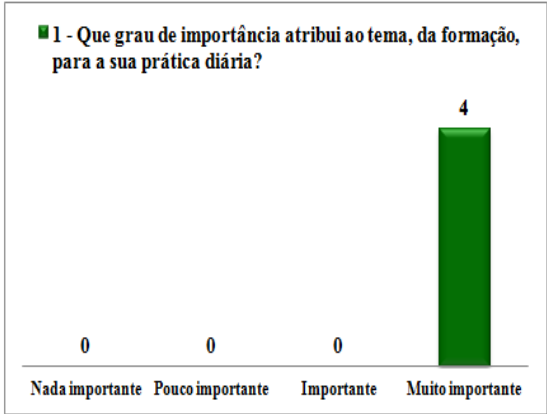
4- Classifique a capacidade de exposição, clareza e à vontade da formadora em relação ao tema?

Nenhuma Alguma Pouca Bastante

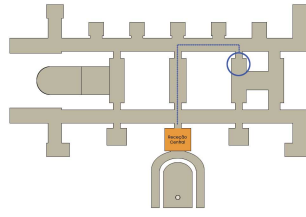
Apreciação crítica da ação de formação/sugestões

Obrigada
Luísa Afonso

**APÊNDICE L - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
FORMAÇÃO “CONTROLO SINTOMÁTICO EM CUIDADOS
PALIATIVOS”**



APÊNDICE M - FLYER



UNIDADE DE MEDICINA PALIATIVA

EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUORTE
EM CUIDADOS PALIATIVOS



DIREITOS DOS UTENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

A prática dos Cuidados Paliativos respeita o direito do doente e da sua família ou do cuidador principal:

- Receber cuidados;
- Autonomia, identidade e dignidade;
- Apoio personalizado;
- Alívio do sofrimento;
- Ser informado de forma adequada;
- Ser ouvido;
- Participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados;
- Recusar tratamento;
- Serem identificados as suas necessidades e preferências.

PNCP (2011)

LOCALIZAÇÃO

Unidade de Medicina Paliativa
Sector de Ambulatório, Piso 1
(Em frente à Cafeteria)
Junto aos elevadores 12 - 20 - 21

HORÁRIO

- 8h00 às 20h00, de segunda a quinta-feira
- 8h00 às 16h30, à sexta-feira

CONTACTOS

☎ 217 805 000 • 217 805 599
☎ 961 346 159 • 961 346 162



Avenida Professor Egas Moniz
1649-035 Lisboa

Trabalho elaborado por:
Alana Lúcia Mendes | Prof. Titular G. Marques da Gama | Enf. Orientadora Enf. Especialista Emília Fradique
Curso de Mestrado de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médica Cirúrgica,
2011/2012



O QUE SÃO OS CUIDADOS PALIATIVOS?

São cuidados prestados ao Doente e à Família decorrentes de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável. Têm como objectivo reduzir o sofrimento e proporcionar o máximo de bem estar e qualidade de vida possível, através de tratamento rigoroso não só dos problemas físicos, a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

A QUEM SE DESTINAM OS CUIDADOS PALIATIVOS?

A todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta ao tratamento curativo, em que a doença progride rapidamente e cuja expectativa de vida é limitada. O seu sofrimento é intenso e têm necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico.

POR QUEM SÃO PRESTADOS OS CUIDADOS PALIATIVOS?

Os Cuidados Paliativos são prestados por uma equipa multidisciplinar, que inclui: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, capelães, dietistas, entre outros profissionais. Podem ser prestados em todos os contextos, a doentes de todas as idades e membros das suas famílias, ao longo do diagnóstico, tratamento, cura e apoio no luto.

EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO CHLN-HSM

- Dra. Filipa Tavares (Médica)
- Enf.ª Amélia Matos (Enf.ª Chefe)
- Enf.ª Emília Fradique (Enf.ª Especialista)
- Enf.ª Dulce Oliveira (Enf.ª)
- Enf.ª Filipa Veiga (Enf.ª)
- Dra. Alexandra Ramos (Assistente Social)
- Dra. Alexandra Coelho (Psicóloga)
- Susana Ramos (Administrativa)
- Ana Teixeira (A. Operacional)
- Isabel Massi (A. Operacional)

