



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Catarina Filipa Ferraz Alves

LISBOA, abril de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Catarina Filipa Ferraz Alves

Sob orientação de Prof.<sup>a</sup> Georgeana Marques da Gama

LISBOA, abril de 2011

*Toda reforma interior e toda mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço.*

(Kant)

## RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cujo plano de estudos contempla uma componente teórica e uma componente prática através da realização de um estágio dividido em três módulos (Urgência/Emergência, Cuidados Intensivos e uma área Opcional), utilizando a metodologia do trabalho projeto. Esta dinâmica de trabalho permitiu de uma forma dinâmica, flexível e imbuída de rigor científico, traçar um percurso que permitiu dar resposta aos meus desejos pessoais.

As atividades desenvolvidas nestes módulos tiveram como denominador comum o desenvolver de competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da prestação de cuidados ao doente crítico e/ou em fim de vida e sua família, tendo em conta essencialmente duas áreas de saber: a parceria de cuidados (entre a equipa de saúde e os cuidadores informais) e a segurança do doente.

Para a prossecução dos meus objetivos e aquisição de novas competências, em muito contribuíram todos os conhecimentos adquiridos na minha formação inicial e desenvolvidos com a formação contínua e pós-graduada; a experiência e a mobilização de saberes profissionais já anteriormente adquiridos na prática de cuidados diária; e características pessoais e inatas que me caracterizam como enfermeira e pessoa (perseverança, capacidade de observação e a proactividade).

O primeiro estágio decorreu no SUG do HCC e foi direcionado para a promoção da segurança do utente através da promoção da correta identificação dos utentes, da desinfeção de material e da higienização correta das mãos por partes de todos profissionais de saúde; na integração de novos profissionais através da reflexão crítica das práticas diárias; e na implementação de um horário de visita mais alargado na sala de observações do SU que vá de encontro às necessidades demonstradas pela família.

A nível do estágio opcional, este decorreu na UCCP do HL. O trabalho desenvolvido foi muito direcionado para a apreensão e aplicabilidade das técnicas de comunicação (como os dedos cruzados); para o controlo sintomático através da aplicação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas e na capacitação do doente e família através do ensino efetivo dos sinais de alarme a nível de sintomas como a obstipação, a insónia e a xerostomia.

O terceiro estágio decorreu na UCI do HCC onde houve uma preocupação com a promoção do autocuidado e com a integração da família no cuidar ao doente submetido a ventilação invasiva; na capacitação da equipa de saúde para a correta separação dos resíduos hospitalares e higienização das mãos, para a referenciação dos utentes para a RNCC.

Posto isto, o presente relatório pretende descrever e analisar todo o percurso desenvolvido no decorrer deste curso de especialização, bem como refletir sobre as práticas de enfermagem e as suas repercussões no meu desempenho enquanto futura enfermeira especialista numa enfermaria de cardiologia, demonstrando as sinergias conseguidas.

## **ABSTRACT**

This internship report was performed in the scope of the Post-Graduation in Medical-Surgical Nursing. This graduation's study plan includes a theoretic and a practical components consisting on an internship divided in three modules (Urgency/Emergency, Intensive Care and an optional area) using the Project Work methodology. This work method allowed me, in a dynamic, flexible and scientific way, to pursue a path that totally fulfilled my personal desires.

The activities carried out in these modules had, as a common aim, the development of technical-scientific and relational competences as a Specialized Nurse in Medical-Surgical Nursing, through the provision of healthcare to critical and/or end-of-life patients and their family, considering two main subjects: healthcare partnerships (between the health team and informal healthcare) and patient's security.

The accomplishment of my objectives and acquisition of new competences were possible due to a large contribution from the knowledge acquired in my initial graduation and developed during continuous training and post-graduation; the experience and professional knowledge acquired previously in the daily care practice; and personal innate characteristics as nurse and person (perseverance, observing capacity and proactivity).

The first internship was performed in the General Emergency Service of Curry Cabral Hospital and was directed to the promotion of patient's security through their correct identification, the disinfection of materials and correct hand hygiene from all healthcare professionals; integration of new professionals through critical analysis of daily practices; and implementation of a wider visit schedule in the observation room of the Emergency Service to meet the family needs.

The optional internship was performed in the Palliative and Continuing Care Unit of Luz Hospital. The work developed was aimed to the understanding and capability of communication techniques (like crossed fingers); to the symptomatic control through application of pharmacologic and non-pharmacologic techniques and patient's and family awareness through the training of alarm symptoms like constipation, insomnia and dry mouth.

The third internship was carried out in the Intensive Care Unit of Curry Cabral Hospital focused on the promotion of self care and family integration in the care of invasive ventilation patients; awareness of the health team to the correct separation of hospital residues and hand hygiene; and to the orientation of patients to the National Association of Continuing Care.

In summary, this report is attempts to describe and analyze the path followed during the Post-Graduation in Medical-Surgical Nursing, as well as show a reflection about the nursing practices and it's repercussion in my performance as a future specialized nurse in a cardiology infirmary, demonstrating the acquired synergies.

## **AGRADECIMENTOS**

- À Prof.<sup>a</sup> Georgeana Marques da Gama pela orientação, disponibilidade, pelos momentos de reflexão e partilha de experiências, e pela motivação para prosseguir os desafios que surgiram.
- Ao João Pedro, pela felicidade que nos trouxe e pelos momentos que vamos partilhar.
- Ao Maurício, pelo seu amor incondicional, apoio, carinho, tolerância e pela compreensão nas minhas longas ausências. Sem ti, esta caminhada não teria sido possível. Irei no futuro vos compensar...
- À minha Família pelas palavras de conforto e ânimo.
- À Enf.<sup>a</sup> Marisa Chaínho, Enf.<sup>o</sup> Joel Ferreira e Enf.<sup>a</sup> Albina Agrelo, enfermeiros orientadores dos campos de estágio por partilharem comigo o seu saber, pelo apoio, ajuda e compreensão que demonstraram e por me proporcionarem as mais diversas oportunidades de aprendizagem, situação esta que contribuiu grandemente para o sucesso da minha caminhada.
- Um agradecimento especial aos enfermeiros e assistentes operacionais que conheci ao longo deste percurso, com quem partilhei desabafos, angústias e cresci enquanto pessoa.
- Agradeço a todos aqueles que tornaram possível todo este percurso.

**A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA...**

## LISTA DE ABREVIATURAS

AACN	<i>American Association of Critical Care Nurses</i>
ACEP	<i>American College of Emergency Physicians</i>
BIPAP	<i>Bilevel Positive Airway Pressure</i>
CCI	Comissão de Controlo de Infeção
CVC	Cateter Venoso Central
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EAP	Edema Agudo do Pulmão
EC	Enfermeira Chefe
ECG	Eletrocardiograma
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
ENA	<i>Emergency Nurses Association</i>
EO	Enfermeiro Orientador/a
EOT	Entubação Orotraqueal
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPT	Exercício Profissional Tutelado
EV	Endovenosa
HCC	Hospital Curry Cabral
HL	Hospital da Luz
HFF	Hospital Fernando Fonseca
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IPO	Instituto Português de Oncologia
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de saúde
PCR	Paragem Cardiorespiratória
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i>
PVC	Pressão Venosa Central

REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RNCC	Rede Nacional de Cuidados Continuados
RX	Radiografia Torácica
SABA	Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SC	Subcutânea
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNG	Sonda Nasogástrica
SO	Sala de Observações
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SF	Soro Fisiológico
SU	Serviço de Urgência
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCCDVC	Unidade de Cuidados Continuados para Doentes Ventilados Crónicos
UCCP	Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UIV	Unidade de Intervenção Vascular

## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO .....	1
1 - DESENVOLVIMENTO .....	8
1.1 - Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral .....	9
1.2 - Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz.....	21
1.3 - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral.....	34
2 - CONCLUSÃO .....	45
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
4 - ANEXOS .....	54
ANEXO I – Formulário de observação do World Alliance for Patient Safety subordinado ao tema da Higienização das Mãos .....	55
ANEXO II – Sessão Formativa: “Higienizar as Mãos – Porquê?” .....	56
ANEXO III – Folheto Informativo: “Higienizar as Mãos – Porquê” .....	57
ANEXO IV – Régua de Interpretação de Traçados Eletrocardiográficos .....	58
ANEXO V – Reunião de Chefes de Equipa subordinada ao tema da Família como Parceira de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral .....	59
ANEXO VI – Poster: “Família como Parceira de cuidados do doente internado na Sala de Observações” .....	60
ANEXO VII – Guia de acolhimento à Família do doente internado na Sala de Observações” ..	81
ANEXO VIII – Procedimento de Atuação: “Obstipação induzida por Opióides” .....	62
ANEXO IX – Folheto Informativo: “Obstipação” .....	63
ANEXO X – Folheto Informativo: “Xerostomia” .....	64
ANEXO XI – Folheto Informativo: “Insónia” .....	65
ANEXO XII – Sessão Formativa: “Terapias não Farmacológicas – a sua utilização em cuidados paliativos para o alívio da dor.....	66
ANEXO XIII – Folheto Informativo: “Massagem Terapêutica” .....	67
ANEXO XIV – Poster: “Separação de Resíduos Hospitalares” .....	68
ANEXO XV – Poster: “Higienização das Mãos” .....	69
ANEXO XVI – Instrumento de Auditoria da Qualidade: “Manipulação de Cateter Venoso Central e respetiva Substituição dos Sistemas de Perfusão” .....	70
ANEXO XVII – Procedimento de Atuação: “Substituição do Cateter Venoso Central” .....	71

ANEXO XVIII – Procedimento de Atuação: “Substituição dos Sistemas de Perfusão no Cateter Venoso Central” .....	72
ANEXO XIX – Guia do Conforto.....	73
ANEXO XX – Poster de Acolhimento: "Família como parceira de cuidados do doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos" .....	74
ANEXO XXI – Folha de Registo: “Conferências Familiares” .....	75

## **0 - INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que teve início em outubro de 2009, cujo plano de estudos contempla uma componente teórica e uma componente prática.

Este curso visa fornecer a cada um dos formandos um manancial teórico, que aliado à experiência e saberes profissionais já anteriormente adquiridos na prática de cuidados diários, nos permitisse caminhar para uma enfermagem especializada onde “o enfermeiro especialista é aquele que consegue reconhecer a pessoa de acordo com o metaparadigma enfermeiro através de um maior nível de intuição e abstração que lhe permite uma melhor e mais abrangente compreensão da realidade” (UCP-ICS/ESP, 2009, p.4-5).

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado na UCP enquadra-se na legislação que preconiza a formação pós-graduada dos enfermeiros, para obtenção do título de Enfermeiro Especialista (Decreto-lei 353/99 de 3 de setembro), ao abrigo do regulamento aprovado pela Portaria 268/2002, de 13 de março (UCP-ICS/ESP, 2009, p.1).

Contudo, a enfermagem portuguesa encontra-se numa fase de transição, com a publicação da alteração dos estatutos da OE (Lei 111/2009, 16 de setembro). Esta alteração preconiza que a obtenção do grau de enfermeiro e enfermeiro especialista só possa ser feita após a realização de um Exercício Profissional Tutelado (EPT) como se encontra descrito no documento emitido pelo Conselho de Enfermagem, onde a Supervisão Clínica assume um papel fundamental e consiste num “processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p.5).

Apesar deste Curso de Mestrado decorrer no âmbito da legislação anterior, a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como alvo de intervenção a pessoa ao longo do ciclo de vida e é “dirigida aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p.7), e contempla a proactividade do enfermeiro especialista.

Inerente a esta especialização existem competências específicas que devem ser adquiridas por quem pretenda prestar cuidados especializados que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados” (OE, 2009, p. 10), e que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em

cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos.

Logo, o papel do enfermeiro especialista segue o caminho de uma Enfermagem Avançada, uma “Enfermagem mais Enfermagem” baseada nas Teorias de Enfermagem tendo por “Core o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competência na tomada de decisão” (PAIVA; SILVA, 2007, p. 18).

Para dar resposta a este novo paradigma de cuidados torna-se imperiosa a figura do enfermeiro especialista, que segundo o ICN consiste no profissional de saúde que possui “um nível superior de conhecimento, de habilidade num determinado contexto específico da enfermagem. Conhecimentos e habilidades essas que são maiores do que os adquiridos durante a formação básica (licenciatura) em enfermagem” (2009, p.11) e que permitem que o enfermeiro possua um nível de intuição, abstração, rigor científico e capacidade de identificação e resolução de problemas mais vincado.

O plano curricular do presente curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pela UCP, como já foi anteriormente mencionado, contempla uma componente teórica e uma componente de prática clínica, onde as competências específicas que um enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica deve possuir, vão de encontro com as preconizados pelo Conselho de Enfermagem da OE (2009, p. 44), as quais passo a apresentar:

- *“Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;*
- *Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;*
- *Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.*

Desde 2003 exerço funções na enfermaria do Serviço de Cardiologia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (HFF), onde o meu percurso profissional tem sido pautado pelo trabalho a nível da reabilitação do doente cardíaco e sua família. Atualmente, exerço funções como enfermeira responsável na Enfermaria de Cardiologia, em estreita colaboração com a chefia do serviço onde desempenho tarefas associadas á área de gestão de cuidados, orientação e integração de colegas e alunos, e participo em diversas comissões das quais destaco a Comissão de Controlo de Infeção onde sou um elo ativo que promove a prevenção das IACS colaborando na implementação de medidas que minimizem estas infeções que muito contribuem para a comorbilidade dos doentes que usufruem dos cuidados de saúde prestados pelas nossas instituições.

Contudo, senti a dada altura a necessidade de desenvolver outro tipo de competências que me permitam prestar cuidados especializados e de qualidade ao doente em situação crítica e/ou

em fim de vida. Este foi o mote para ingressar neste Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No âmbito deste curso, os estágios encontram-se divididos em três módulos específicos: Urgência/Emergência, Cuidados Intensivos e uma área Opcional que versa os Cuidados Paliativos, a Geriatria ou o Perioperatório, e representando um total de 540h e 30 créditos.

Por razões de ordem pessoal (parto) vi-me obrigada a pedir á coordenação do curso a alteração das datas de realização dos respetivos estágios, situação excecional esta, que foi prontamente atendida e que merece da minha parte um agradecimento especial.

Desta forma optei por realizar os estágios na seguinte sequência:

- **Módulo I: Estágio de Urgência/Emergência** – Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral, de 27 de setembro a 27 de novembro de 2010;
- **Módulo III: Estágio Opcional** - Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, de 29 de novembro de 2010 a 28 de janeiro de 2011;
- **Módulo II: Estágio de Cuidados Intensivos** - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral, de 1 de fevereiro a 31 de março de 2011.

A escolha dos campos de estágio tiveram em conta as oportunidades de aprendizagem que estes oferecem para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista na área de enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a facilidade de acessibilidade e proximidade com a instituição onde exerço a minha atividade profissional.

Por outro lado, optei por realizar os meus estágios em hospitais cuja filosofia de cuidados de saúde é diferente da preconizada no HFF, e que do ponto de vista da gestão organizacional são distintas, na medida em que uma é Entidade Pública Empresarial e a outra uma instituição de saúde privada, os quais passo a caracterizar de forma detalhada.

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 21/2010, o Hospital Curry Cabral foi transformado numa EPE cuja a “missão institucional visa proporcionar a melhor e mais ampla satisfação das necessidades dos utentes, combinando-a com a utilização mais racional dos recursos públicos postos à sua disposição”.

Optei por realizar o meu primeiro estágio no SU do HCC. Este é um serviço polivalente que assiste doentes em fase aguda e crítica, do foro ortopédico e médico, onde acredito que os meus conhecimentos práticos e científicos na área da doença cardíaca foram uma mais valia.

Presta cuidados a cerca de 280 pessoas por dia, número este que aumenta exponencialmente nos meses de inverno. Recebe doentes provenientes das Urgências Básicas de Marvila, Olivais, Sacavém e Sete Rios e tem como área de influência direta algumas freguesias do concelho de Lisboa, Loures e Mafra (HCC, 2008). A coordenação, referenciação e transporte dos doentes é da responsabilidade do INEM.

Fisicamente, o SU está dividido em diversos setores, os quais passo a mencionar: a sala de triagem, sete gabinetes de observação médica das especialidades de medicina interna e ortopedia, uma sala de administração terapêutica/gabinete de enfermagem que dá assistência aos gabinetes médicos e apoio aos doentes que se encontram no corredor, uma sala de pequena cirurgia e outra para o tratamento de abscessos (atualmente desativadas), uma sala de técnicas ortopédicas/gessos, uma sala de tratamentos intermédios homens e outra de mulheres (com a capacidade para 15 macas cada), uma sala de observação (SO) com 12 camas, uma sala de reanimação, sala de colheitas laboratoriais, sala de exames complementares de diagnóstico (RX, TAC, ECG...), sala de sujos, serviços administrativos e salas de armazenamento de terapêutica e de diversos matérias.

A equipa de enfermagem é constituída por 38 elementos, um enfermeiro chefe e dois enfermeiros graduados, em horário fixo, os restantes distribuem-se por cinco equipas com sete enfermeiros cada, em horário rotativo. O método de trabalho é o método individual, sendo cada enfermeiro responsável pelo setor que lhe é atribuído no início de cada turno. A idade média dos efetivos ronda os 29 anos. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, técnicos administrativos e assistente social.

A triagem é realizada pela equipa médica quando existe efetivos para tal. Contudo, a maior parte das vezes, os doentes são recebidos pelos administrativos, no caso de virem do domicílio, e a sua ficha é colocada nos gabinetes de medicina interna para triagem e serão posteriormente conduzidos para as especialidades médicas segundo a sua situação clínica.

Os doentes trazidos pelos bombeiros ou INEM têm prioridade na avaliação médica. O enfermeiro de apoio aos gabinetes médicos, designado por enfermeiro de corredor/gabinete 8, realiza o acolhimento ao doente, fazendo uma triagem informal da situação e providencia a observação médica, segundo a colheita de dados que realizou junto do doente e família.

Na dinâmica do SU o enfermeiro chefe de equipa tem um papel preponderante. Primeiramente substitui o enfermeiro chefe na sua ausência e tem como responsabilidades funcionais gerir os recursos humanos e materiais, acautelar pelo bom funcionamento dos equipamentos, supervisionar medidas que permitam manter o controlo de infeção, proceder à hierarquização das necessidades dos utentes e suas famílias e promover a organização e a continuidade dos cuidados, de modo a garantir a qualidade do serviço prestados naquela unidade de saúde.

Numa ótica de racionalização de recursos, nesta unidade hospitalar, funciona num espaço físico contíguo ao SU, a Urgência de Psiquiatria dos Hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos, com o seu próprio pessoal, o que me levou a questionar como seriam as metodologias de trabalho e as relações interpessoais de equipas com filosofias e culturas organizacionais distintas. A cooperação e o espírito de entre ajuda nos doentes que necessitam de ambos os apoios é crucial e dita o bom funcionamento destes serviços. Penso que a riqueza implícita neste serviço em muito contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da supervisão e gestão de materiais e recursos.

A nível do estágio de Cuidados Intensivos decidi realizá-lo na UCI do HCC. Este serviço tem com a missão prestar cuidados de excelência quer a nível técnico, quer a nível humano, a todos os doentes que se encontrem a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, provenientes do SU ou de outros serviços do hospital quando existe uma descompensação hemodinâmica grave.

Optei por realizar este estágio no HCC devido à riqueza que este serviço representa a nível das filosofias de cuidar existentes nos diferentes setores da unidade.

Fisicamente, a UCI está dividida em diversos setores, os quais passo a mencionar: a Unidade de Intervenção Vascular (UIV) com 6 camas, a Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) com 8 camas e 2 quartos de isolamento e a Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) com 6 camas e 2 quartos de isolamento. Nestes setores os cuidados de enfermagem aqui prestados refletem uma atitude curativa e intervencionista utilizando para tal os meios tecnológicos mais avançados.

Por outro lado, possui ainda uma Unidade Cuidados Continuados para Doentes Ventilados Crónicos (UCCDVC) com capacidade para 3 utentes onde a tónica dos cuidados de enfermagem prestados não reside no curar mas sim na manutenção da qualidade de vida, na prossecução do conforto e no apoio às famílias, eliminando sofrimentos inúteis, juntando “vida aos dias e não dias à vida” (PACHECO, 2002, p.32).

Possui ainda dois gabinetes médicos, uma biblioteca/sala de reuniões, uma sala de preparação terapêutica/gabinete de enfermagem em cada UCI, uma sala de colheitas laboratoriais, sala de sujos, serviços administrativos, dois quartos médicos, três salas de arrumos, uma rouparia, um armazém de consumíveis clínicos e um armazém geral que alberga a farmácia e os materiais esterilizados.

A equipa de enfermagem é constituída por 50 elementos, enfermeiro chefe e dois enfermeiros graduados, em horário fixo, os restantes distribuem-se por quatro com equipas com 12 enfermeiros cada, em horário rotativo. O método de trabalho é o método individual, sendo cada enfermeiro responsável pelos doentes do setor que lhe é atribuído no início de cada turno. A idade média dos efetivos ronda os 34 anos. A restante equipa multidisciplinar é composta por 6 médicos residentes e 2 internos de especialidade por equipa, 20 assistentes operacionais, técnicos administrativos e assistente social.

Por outro lado, o Hospital da Luz consiste na mais recente unidade hospitalar privada do Grupo Espírito Santo Saúde e assume o compromisso de diagnosticar e tratar de forma rápida e eficaz quem o procura através da prática de uma medicina de excelência e inovação, onde a procura incansável pelos resultados (quer na área da investigação, quer na área financeira, quer na área da prestação de cuidados de saúde diretos) é um dos objetivos prioritários, como se encontra patente na carta de valores desta instituição (HL, 2010).

Existe uma lógica de cliente utilizador/pagador dos cuidados de saúde prestados, sendo que a maioria dos utentes são provenientes de acordos com seguradoras e subsistemas de saúde ou equiparados.

Escolhi realizar o meu estágio opcional na UCCP do HL, que se encontra integrada na área do hospital residencial desta instituição, situada no quarto e último andar. Este serviço surgiu em 2007, e tem com a missão prestar cuidados de excelência a todos os utentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas.

Tem como objetivo promover a autonomia e dignidade do doente através de um ambiente de respeito, conforto e envolvimento, facilitar a integração da família no processo individual de acompanhamento e tratamento, acompanhar a pessoa doente e família neste momento, facilitar e promover a realização dos desejos do doente e controlar a dor e outros sintomas com o intuito de melhorar a qualidade de vida (HL, 2010).

Fisicamente, este serviço é composto por 44 camas, sendo que 14 se destinam exclusivamente a doentes paliativos e as restantes são utilizadas por doentes das áreas de medicina interna e cirurgia. Cada unidade do doente possui terminal, composto por computador que permite o acesso à Internet, à campainha, ao telefone e ao rádio e é permitido que cada cliente possa ter consigo objetos pessoais pelos quais possua estima, como por exemplo, flores, livros ou fotografias.

Possui ainda uma sala de estar, dois gabinetes de observação médica, um gabinete de enfermagem, duas salas de registos com terminais informáticos, uma sala de observação/pensos, uma sala de banho assistido com uma maca banheira, sala de sujos, serviços administrativos, salas de armazenamento de terapêutica e de diversos materiais, duas salas de estar, uma sala de atividades lúdicas e multiusos.

A maior parte dos clientes são idosos e provem de outros serviços do HL (Serviços de Oncologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Unidade da Dor e Medicina Física e de Reabilitação) por referenciação direta à unidade ou de forma voluntária por transferência de outras unidades hospitalares ou provenientes do domicílio, sem se cingir a uma área de abrangência, mas alargada a todo o país.

O processo de internamento na UCCP pressupõe uma proposta prévia que foca a situação clínica do doente e a rede de suporte familiar do mesmo, que após discussão e apreciação da equipa multidisciplinar, é aceite ou não, mediante os critérios de inclusão na unidade e pela capacidade e possibilidade de pagamento dos serviços prestados por parte do cliente.

A equipa de enfermagem é constituída por 40 elementos, uma enfermeira coordenadora do serviço e um segundo elemento com funções de chefia em horário fixo. Os restantes elementos encontram-se distribuídos por cinco equipas, em horário rotativo, e é constituída, na sua

maioria, por enfermeiros com pouco tempo de experiência profissional. O método de trabalho é o método individual e a chefia exerce uma supervisão do tipo autocrático.

A distribuição dos enfermeiros e a planificação das atividades é feita diariamente pela enfermeira coordenadora, no início do turno da manhã e da tarde. A idade média dos efetivos ronda os 27 anos. A restante equipa multidisciplinar é composta por 3 médicos, uma psicóloga, fisioterapeutas, assistentes operacionais, duas administrativas e 1 assistente social.

Semanalmente (à 3ª feira por volta das 14.15h) realiza-se a reunião da equipa multidisciplinar onde são discutidos e apresentados os casos mais problemáticos. Este é um espaço de partilha de informação e de reorientação do plano terapêutico.

Após a apresentação detalhada dos serviços onde decidi realizar os meus estágios, pretendo neste relatório descrever e analisar todo o meu percurso desenvolvido no decorrer do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como refletir sobre as práticas de enfermagem e as suas repercussões no meu desempenho enquanto futura enfermeira especialista numa enfermaria de cardiologia.

O corpo deste relatório encontra-se dividido em três subcapítulos correspondentes a cada módulo de estágio que refletem os objetivos e as atividades desenvolvidas no decorrer da minha prática clínica e como estas contribuíram para o desenvolvimento das competências preconizadas. Por fim, irei apresentar as conclusões mais pertinentes de todo o percurso desenvolvido e em anexo os trabalhos que realizei e que serviram de suporte às ações por mim desenvolvidas nos referidos estágios.

## 1 - DESENVOLVIMENTO

Como metodologia de trabalho sugerida pela coordenação do curso, foi proposta a realização de um projeto. Esta dinâmica de trabalho enquadra-se com a atitude preconizada neste curso de mestrado, na medida em que permite de uma forma aberta, dinâmica, flexível e imbuída de rigor científico, traçar um percurso que permitiu dar resposta aos meus desejos pessoais e contribuir para prestar cuidados de enfermagem de excelência ao doente crítico e família.

Inicialmente, a elaboração deste projeto não foi fácil pelo facto de ter de delinear objetivos e atividades sem conhecer efetivamente o contexto da prática. Mas, acima de tudo, permitiu-me refletir sobre o que gostaria de aprender e que oportunidades gostaria de ter, para que no futuro possa intervir como enfermeira especialista, na abordagem ao doente/família em situação crítica, de uma forma complexa e holística.

Atendendo às minhas necessidades formativas e desejos pessoais delineei como objetivo geral para estes estágios: **Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, prestando cuidados ao doente crítico e/ou em fim de vida e sua família.** Inerente a este objetivo trabalhei essencialmente duas áreas de saber: a parceria de cuidados (entre a equipa de saúde e os cuidadores informais) e a segurança do doente.

No início de cada estágio tive a preocupação, de num curto espaço de tempo, conhecer todos os setores de cada serviço, apresentar e discutir formalmente o meu projeto com o EC e o EO e proceder aos devidos ajustes.

Para fundamentar a minha tomada de decisão perante as situações de complexidade crescente com que me deparei no decorrer de cada estágio, elaborei uma revisão bibliográfica transversal e precisa a todas as atividades desenvolvidas, que se encontra compilada no meu portefólio e foi fornecida a cada serviço. Esta sem dúvida foi uma forma de documentar, apoiar e estruturar a minha aprendizagem e de fornecer um referencial teórico e duradouro que possa ser compartilhado e consultado pela restante equipa.

Devo ressaltar que observei no decorrer dos meus estágios que a própria conjuntura social e económica que o país atravessa, onde impera cortes orçamentais na área da saúde, as sucessivas reestruturações das unidades de saúde com o fecho de valências, o fraco rácio enfermeiro/doente, a diminuição do vencimento mensal por parte dos enfermeiros e assistentes operacionais, o corte no pagamento das horas de qualidade, os diferentes regimes contratuais (contrato individual de trabalho, contrato a termo certo, contrato por tempo indeterminado, vínculo à função pública e por recibo verde) e a existência de distintos horários praticados (35

horas semanais, 40 horas semanais, 42 horas semanais, 20 horas semanais), refletem uma certa instabilidade institucional quer a nível do setor público (HCC) ou quer a nível do setor privado (HL) afetando a tranquilidade, a capacidade de investimento individual e a valorização do capital social de cada serviço. Perante estas contingências o enfermeiro especialista terá de ser obrigatoriamente o elemento agregador da equipa.

Posto isto, passo a apresentar os objetivos, as atividades desenvolvidas e as competências que adquiri enquanto futura enfermeira especialista em cada módulo de estágio.

## **1.1 - Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral**

O Serviço de Urgência destina-se à prestação de cuidados de saúde a todos os indivíduos que se encontram em situações de urgência/emergência, sendo considerada uma porta aberta de entrada no Sistema Nacional de Saúde. O SU do HCC é considerado uma Urgência do tipo Médico-Cirúrgica (SUMC), que consiste no primeiro nível de acolhimento da Rede Hospitalar de Urgência/Emergência portuguesa (DGS, 2001).

Como já foi anteriormente referido, e devido às reestruturações observadas na área da saúde, o SU do HCC perdeu a sua valência cirúrgica para o Hospital São José. Atualmente, presta cuidados de saúde essencialmente a doentes do foro ortopédico e médico (HCC, 2010).

Escolhi realizar o meu estágio no SU do HCC porque esta instituição possui a especialidade de Cardiologia e acredito que a minha experiência na prestação de cuidados diários aos doentes com patologia cardíaca poderia ser uma mais valia para os doentes, família e equipa de saúde, e em simultâneo teria a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados numa fase inicial e crítica da doença na qual não possuo experiência.

Os objetivos que defini para este estágio, e que irei de seguida analisar são os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Contribuir para a prevenção do risco promovendo assim a segurança nos cuidados ao doente crítico internado no SU;
- Assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes do internamento na sala de observações do SU e respetiva agudização do quadro clínico do doente.

O trabalho desempenhado neste serviço é caracterizado pela imprevisibilidade das situações e ações, sendo a afluência dos utentes uma constante. Após uma observação criteriosa de todos os setores da urgência, prática de cuidados diretos e consulta das normas e protocolos de atuação, registei em “diário de bordo” todas as minhas inquietações e dúvidas e identifiquei diversas situações problema que, como enfermeira especialista, mereceram a minha atenção.

A primeira situação que pude observar consistiu na inexistência de um sistema efetivo de triagem de doentes. A mesma era realizada pela equipa médica quando existiam efetivos para o efeito. Nos restantes dias os doentes eram atendidos por ordem de chegada das suas fichas clínicas aos gabinetes médicos, o que promovia o aumento do tempo de espera e um aglomerar de gente no corredor. Questionei a minha EO porque razão não existia em vigor um sistema de triagem efetivo como por exemplo a *Triagem de Manchester*, que se encontra em funcionamento e com bons resultados na maioria dos serviços de urgências da área de Lisboa.

Na realidade esse sistema não foi implementado neste serviço por falta de cabimento orçamental, e anualmente no relatório de atividades do serviço realizado pela chefia do mesmo, a sua necessidade é ressaltada para que os cuidados prestados possam ser de uma qualidade e celeridade impar. Por forma a contribuir para o bom funcionamento do serviço e agilizar e promover o trabalho interdisciplinar, adotei um atitude proactiva. Quando prestava cuidados no setor do corredor/sala de injetáveis, dirigia-me várias vezes aos utentes que aguardavam no corredor, e após uma avaliação sumária articulava a minha prestação de cuidados com a equipa médica, promovendo a rápida realização de análises, administração terapêutica e da realização de meios auxiliares de diagnóstico.

Sem dúvida que neste setor do SU o papel do enfermeiro especialista, perito na sua área de saber, se torna preponderante, na medida em que necessitei de mobilizar conhecimentos proveniente da minha formação inicial, pós-graduada e da minha experiência profissional, para de forma autónoma, sistemática e crítica ser criativa nas soluções e abordagens à equipa multidisciplinar encontradas.

Por outro lado, denotei que a identificação dos utentes no SU era deficitária. A correta identificação dos utentes a nível das unidades de saúde pressupõe que ao nome completo da pessoa se encontre associado um número de processo hospitalar, e que os mesmos elementos identificadores devam ser fornecidos a cada utente sobre a forma de pulseira ou etiqueta identificativa. Esta situação consiste num indicador básico para a persecução da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Contudo, o processo de identificação só era realizado de forma efetiva com pulseira identificativa quando o doente se encontrava internado em SITU (que significa no próprio espaço físico do SU) ou aguardava transferência para um determinado serviço de internamento. No caso dos doentes que se encontravam a aguardar observação médica em maca ou cadeira de rodas, independentemente do seu estado de consciência, a sua identificação consistia apenas na colocação de um papel na grade lateral da maca/cadeira com o primeiro e último nome, tarefa esta levada a cabo pela assistente operacional.

Sem dúvida que a segurança dos atos praticados estava em questão como se pôde observar à *posteriori*. Quando prestava cuidados na sala de intermédios mulheres, num turno onde a rotatividade de doentes e a carga de trabalho foi muito elevada, gerou-se a dúvida quanto à identificação de duas utentes dependentes que se encontravam a aguardar a realização de

exames auxiliares de diagnóstico. O nome da ficha médica não correspondia ao colocado na maca e eram semelhantes.

Por forma a solucionar este problema tive de ser inventiva. Através do intercomunicador pedi que os familiares destas doentes procedessem á visita neste setor do SU. Comecei por fazer uma colheita de dados criteriosa, e através dos antecedentes pessoais e descrição física da doente consegui proceder á correta identificação das mesmas e proceder á administração segura dos tratamentos prescritos.

Após confrontar os chefes de equipa com esta situação, e por forma a perceber se havia sido um ato isolado, reportei este incidente à chefia do serviço, pois esta é uma situação de risco potencial que requeria uma alteração nos procedimentos de identificação dos utentes do SU. Esta fragilidade foi reconhecida pela chefia do serviço. Por essa razão, decidiu-se proceder à requisição da instalação de uma impressora de etiquetas para a sala de administração de terapêutica/gabinete de enfermagem para que os enfermeiros pudessem identificar corretamente os utentes.

Numa fase inicial, e porque esta situação iria acarretar um acréscimo de trabalho e aumento dos gastos com o material de consumo, decidiu-se tipificar os beneficiários desta identificação criteriosa os quais passo a apresentar: deverão ser sempre identificados os utentes idosos que não estejam acompanhados por um familiar, aqueles que se encontram acamados e sejam dependentes nas suas atividades de vida diárias ou que possuam algum *deficit* neurológico ou psiquiátrico, independentemente de serem internados ou não. Caberá ao enfermeiro de cada setor se responsabilizar por esta avaliação e correta identificação. Na qualidade de enfermeira especialista realizei a supervisão e a manutenção desta medida de segurança no decorrer do meu estágio, atividade esta que deverá ser mantida pelo enfermeiro chefe de equipa.

A nível do controlo de infeção, observei algumas situações problema relativamente á higienização dos materiais (ex: a não limpeza da arrastadeira após ter sido retirado o saco protetor *disposable* e as macas após a alta do doente), à higienização das mãos que era descurada por todos os grupos profissionais, à não utilização regular da SABA, na triagem de resíduos essencialmente na sala de intermédios homens e mulheres, no armazenamento dos materiais (o parapeito da janela servia por vezes de suporte à atividade devido ao espaço físico ser de pequenas dimensões nas salas de intermédios), na manutenção dos circuitos dos materiais sujos e limpos pois estes cruzavam-se constantemente e os suportes para a utilização do SABA estavam partidos ou colocados em locais pouco acessíveis aos profissionais de saúde.

Após refletir sobre estas práticas diárias com a minha EO, reuni-me com a enfermeira responsável e elo de ligação do CCI no SU e apresentei todas estas situações problema por mim identificadas. Algumas destas situações já haviam sido sinalizadas anteriormente. Contudo a falta de espaço físico para armazenamento correto do material, a falta de formação específica a nível da propagação da infeção para o grupo das assistentes operacionais e a responsabilidade individual ditavam o estado observado. Parti para a ação, e baseada na

evidência científica, decidi promover algumas alterações na organização das salas de intermédios homens e mulheres em conjugação com a enfermeira responsável do serviço. Medidas simples podem ser o início de mudanças profundas.

Realizou-se um pedido para a colocação de novos suportes para os dispensadores de SABA em locais estratégicos e de fácil acessibilidade para os profissionais, como por exemplo, no sala de administração de terapêutica/ gabinete de enfermagem, onde esta solução passou a estar junto da marquesa e respetivo balcão onde se procedia ao armazenamento, preparação e administração da terapêutica injetável e não atrás da cortina existente.

À gestão hoteleira foi realizado um pedido de compra de novos contentores de resíduos de base dupla para que fosse possível a colocação lado a lado de sacos de lixo branco e preto tornando mais fácil a separação correta dos resíduos hospitalares nas salas de intermédios de homens e mulheres.

Junto das assistentes operacionais foi reforçado diariamente a necessidade de desinfeção da estrutura metálica de cada maca após a utilização de cada doente, bem como do suporte de polipropileno utilizado para a colocação dos sacos de urina descartáveis. Através do método de formação/ação *in loco* foi reforçada a eficácia comprovada da utilização de uma solução à base de *Dicloroisocianurato de Sódio (Presept 0,25mg ou 0,5mg)* que possui uma estabilidade de 24 horas e a forma correta como deve ser realizada a desinfeção destas superfícies, informação esta vinculada pela CCI do HCC. Estes materiais passaram também a ser armazenados num pequeno armário junto sala de sujos e não no parapeito da janela.

No decorrer da minha prestação direta de cuidados e em conversas informais realizadas com as assistentes operacionais do SU, denotei que existiam muitas ideias preconcebidas e até um certo desconhecimento acerca dos momentos indicados para que se promova a higienização das mãos. Este grupo profissional julgava não ser necessária a realização da higienização das mãos após ser fornecida a alimentação oral ao doente, ser realizada uma massagem de conforto ou composta a roupa da cama de um doente acamado. Acreditavam que a colocação de luvas protegia as mãos dos profissionais de possíveis contaminações em todas as circunstâncias, exceto quando se procedia à troca de uma fralda, ou após a exposição ao sangue, situações estas em que após a retirada das luvas, deveriam ser lavadas as mãos com água e sabão.

Sem dúvida que estes comportamentos de risco contribuem para o aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde, mais conhecidas por infeções nosocomiais e consistem em eventos adversos de grande relevância nos cuidados de saúde. Nos países europeus estima-se que a taxa de prevalência das IACS ronde 5% a 10%, sendo que 30% dessas IACS poderiam ser evitadas. As IACS são responsáveis pelo aumento do tempo e dos custos de internamento, da morbilidade e mortalidade, sendo que as mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão de infeção cruzada (PNCI, 2010).

De forma a proceder a um correto diagnóstico da situação e de sustentar os resultados obtidos pela minha análise, decidi aplicar o formulário de observação (ANEXO I) que faz parte do projeto lançado pelo OMS sob a designação do *World Alliance for Patient Safety*, aquando da Campanha da Higienização das Mãos. Este instrumento foi aplicado nos diversos setores do SU, às assistentes operacionais, durante 4 dias. Cada momento de observação teve a duração de cerca de 3 horas.

Como limitação desta observação, devo referir que não foi possível a aplicação deste instrumento a todas as equipas onde o grupo de assistentes operacionais se insere, e que não traduz a realidade de todas as atividades desempenhadas no decorrer do turno. Nesta situação a contingência do horário do observador falou mais alto. Obtive os seguintes resultados:

- 85% das assistentes operacionais desconhece quais os momentos em que se deve realizar a higienização das mãos;
- Cerca de 70% das assistentes operacionais higieniza as mãos somente quando sujeita à exposição e manuseamento de fluidos orgânicos (vómitos, fezes, urina);
- O ambiente do doente não é considerado pela maioria das assistentes operacionais como um local de possível transmissão de infeção;
- A higienização das mãos é mais comprometida nas salas de intermédios mulheres/homens e atendimento dos utentes no corredor;
- Somente 1 assistente operacional utilizou a solução antisséptica de base alcoólica (SABA), no decorrer desta observação.

Por esta razão, procedi à realização de uma ação de formação no âmbito da Higienização das Mãos (ANEXO II), direcionada a este grupo profissional, onde foquei temas como: quais os modos de transmissão dos agentes infecciosos, que momentos devemos privilegiar para realizar a higienização das mãos e definição de conceitos acerca IACS. Foi uma sessão muito interativa, onde não só foram focados aspetos teóricos, como se transpôs essas situações para a prática de cuidados diários. Pudemos relembrar a técnica da lavagem das mãos e assistir a alguns vídeos elucidativos de algumas situações de passível risco.

Como pontos fracos desta ação devo ressaltar os problemas informáticos que se prenderam com a utilização do *data-show* fornecido pelo centro de formação do HCC e o número reduzido de participantes na sessão inicial (7 assistentes operacionais). Por forma a reforçar a informação vinculada nesta sessão formativa, abrangendo assim toda a equipa de assistentes operacionais, e visto não ter sido possível reproduzir esta ação de formação noutra momento, utilizei como estratégia a entrega de um folheto informativo onde se encontravam condensados os princípios básicos que deveriam ser respeitados na higienização das mãos no início de cada passagem de turno (ANEXO III).

Ao longo do estágio procurei analisar e refletir sobre as oportunidades de aprendizagem, procurando sempre ser uma mais-valia e contributo válido para os meus pares. Além da

prestação de cuidados procurei partilhar com os colegas o resultado de alguma pesquisa bibliográfica no sentido da melhoria das práticas e demonstrar outras formas de trabalhar.

Por exemplo, tivemos 2 casos de doentes infetados com *Clostridium Difficile* que resulta de uma infeção do aparelho gastrointestinal, com a libertação de esporos nas fezes do doente, sendo este o meio de contágio com outros doentes e/ou profissionais. A Direção Geral de Saúde (2009) refere a importância da existência de isolamento de contacto e que o perigo de contágio cessa quando não houver mais dejeções diarreicas, mas o *Department of Health* do Reino Unido (2008), fonte primária também por mim consultada e que serviu de base para a elaboração das recomendações adotadas a nível nacional, refere que as medidas de isolamento de contacto deveram ser mantidas por mais 48h até se obter dejeções do tipo 1 a 4 (fezes de consistência pastosa) na Escala de Bristol que se encontra numa fase de análise e de estudo por parte do CCI do HCC para a sua respetiva introdução a nível institucional.

O facto destes doentes se encontrarem na mesma sala, lado a lado, levou a crer que o aparecimento desta infeção no segundo doente, se tratava de uma infeção cruzada cujo veículo de propagação foram as mãos dos profissionais.

A nível das medidas de isolamento, e visto não ser possível adequar o espaço físico do SU, sugeri que cada doente fosse cuidado por um enfermeiro distinto, que existisse uma maca vaga a separar os dois doentes mantendo assim um distancia mínima de segurança e reforcei a importância de se proceder à lavagem das mãos com água e sabão, pois a SABA não destrói este microrganismo e não promove a correta higienização das mãos dos profissionais, situação esta que não era do conhecimento do elementos da equipa.

Por outro lado, no decorrer do meu estágio no SU foram publicadas as novas recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação para 2010, acerca da reanimação de adultos e crianças que advoga não ser indicado a administração de atropina nas PCR, que o momento da desfibrilhação não deve ultrapassar o máximo de 5 segundos e que a realização da técnica de EOT não deve exceder os 10 segundos. Estes *timings* são muito difíceis de cumprir e exigem que a equipa que procede à reanimação seja muito experiente e que a articulação e o trabalho de equipa seja efetivo.

Neste serviço existem enfermeiros que possuem uma grande capacidade para lidar com o imprevisto, com um autocontrolo emocional elevado fazendo face a situações de tensão, conflito e morte, com uma capacidade de análise crítica, observação e resolução de situações problema rápida e flexível e com uma capacidade de comunicação extrema utilizando mesmo como estratégias o humor por forma a estimular o trabalho em equipa, a parceria de cuidados e a articulação com outros setores desta unidade hospitalar.

Este perfil traçado representa os enfermeiros que BENNER (2005) considera como peritos na sua área de competência/ intervenção e que assumem neste serviço a chefia da equipa em cada turno. A maior parte destes presta cuidados ao doente crítico no pré-hospitalar, pois desempenham funções no INEM. Contudo, penso que a frequência de um Curso de

Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica lhes iria ajudar a consolidar os conhecimentos que já detêm na sua área de intervenção, na tomada de decisões complexas e adquirir outro tipo de conhecimentos e competências.

A par destes elementos proficientes e peritos na sua área de intervenção e saber, a equipa do SU do HCC era composta por enfermeiros recém licenciados ou com cerca de 3 anos de experiência profissional.

Numa fase inicial do meu estágio identifiquei-me com este grupo, pois no decorrer da minha atividade laboral nunca tive experiência prática no cuidar do doente em situação crítica. Segundo BENNER (2005), este sentimento numa fase inicial do desempenho de novas funções é justificado, na medida em que, o enfermeiro que é sujeito a novas realidades e exigências, tem de provar ser merecedor da confiança e do respeito da equipa multidisciplinar com que deverá passar a trabalhar, ou seja no fundo deverá ganhar um novo espaço e construir a sua imagem como profissional proficiente.

Analisando a minha prática de cuidados diária a mesma destaca-se deste grupo na medida em que estes enfermeiros iniciados, que eram responsáveis por assegurar o bom funcionamento de um setor, apresentam um comportamento rígido, têm dificuldade de integrar a teoria na prática, a sua atuação rege-se por regras, normas e diretrizes rígidas e têm dificuldade em ver a pessoa como um todo (BENNER, 2005), apesar de estarem sempre disponíveis para crescer.

Como futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica decidi promover a reflexão destes enfermeiros através da análise de situações da prática e apostar na formação teórica dos mesmos. Por exemplo, expliquei como devem ser interpretados algumas das alterações electrocardiográficas à luz do diagnóstico clínico do doente (a importância da elevação do segmento ST, o risco de existir arritmias após um episódio inicial de EAM), os sinais de descompensação hemodinâmica e reforcei a correta preparação e administração de alguns medicamentos.

Na sala de intermédios de homens recebemos um senhor com uma ICC classe IV que se encontrava em EAP em contexto de crise hipertensiva. A azáfama e o nervosismo foi imenso. Tão importante como a administração da terapêutica endovenosa ou a oxigenoterapia, a manutenção de um ambiente calmo e segurizante, ajuda a reduzir os níveis de ansiedade e promove o bem-estar e o conforto do doente e família. Foi este olhar que procurei incutir na equipa. Isso pode ser conseguido pedindo aos profissionais de saúde, que já não são necessários para a prestação de cuidados nesta situação aguda, para sair da sala ficando apenas aqueles estritamente necessários para reverter o quadro de descompensação, e após esta situação, a equipa interveniente, de forma proactiva, deve ter o cuidado de informar a família das medidas adotadas e do estado clínico do doente.

Como enfermeira especialista posso afirmar que tive aqui um papel preponderante na gestão de cuidados e na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional destes enfermeiros.

Dada a minha experiência de trabalho com doentes do foro cardiológico, participei e colaborei no curso de eletrocardiografia que foi realizado para os elementos do SU cujo objetivo principal consistia em desenvolver conhecimentos no âmbito da interpretação de traçados eletrocardiográficos e identificação das arritmias mais frequentes.

Da minha experiência como formadora nesta área de saber, denoto que é difícil realizar a transposição das temáticas abordadas na formação para a prática diária. Por essa razão decidi desenvolver um instrumento de consulta rápida (régua) de pequenas dimensões e de fácil utilização, onde estão expressos os traçados cardíacos mais significativos e respetiva forma de proceder à sua interpretação, podendo ser assim consultada no local de prestação de cuidados (ANEXO IV). Pude constatar a utilidade desta estratégia por mim desenvolvida na prática diária de cuidados destes enfermeiros iniciados, sendo o seu *feedback* muito positivo.

Por outro lado, no SU e dadas as suas características intrínsecas, existem fatores que por si só são condicionantes da relação de ajuda, e indutores da despersonalização dos cuidados de enfermagem, tais como trabalho físico e mental elevado, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte, as ameaças constantes da perda e fracasso, o elevado número de doentes, o seu curto tempo de internamento e um espaço físico limitado, que têm de ser combatidas a todo o custo.

Segundo VIEIRA, “A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas” (2009, p. 83). Melhor do que ninguém a família possui informação privilegiada acerca dos hábitos de vida, antecedentes de saúde, gostos, medicação que o doente realiza no domicílio, que podem ser muito úteis para a adequação do processo terapêutico. Logo esta informação deve ser vinculada à equipa de saúde com a maior brevidade.

A situação de doença altera as dinâmicas familiares e é geradora de sentimentos de medo, ansiedade e stress nos familiares. É no acompanhamento, na informação e no respeito por estas relações que o enfermeiro especialista deve atuar, privilegiando desta forma a inclusão da família nos cuidados prestados diariamente no serviço.

A família e a sua integração no processo de cuidados a nível hospitalar necessita de uma enfermagem avançada onde os profissionais de saúde devem agir em conformidade e ter como foco de atenção as respostas humanas à doença e aos processos de vida.

Questionei-me sobre quem na realidade eram estes cuidadores informais, quais seriam as suas necessidades e que tipos de doentes ocorrem ao SU.

O cuidador informal é “...a pessoa, familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário à pessoa que padece de uma doença ou requer ajuda para o desenvolvimento das atividades de vida diária, sem receber remuneração económica por isso” (FIGUEIREDO, 2002, p.16). Esta prestação informal de cuidados é uma tarefa árdua que acarreta custos

físicos, psíquicos, sociais e financeiros que coloca muitas vezes em risco a homeostase familiar e promove dinâmicas familiares disruptivas (ANDRADE, 2009).

Prova disto é o aumento do número de casos sociais no SU do HCC. Estes são essencialmente doentes sem um substrato familiar que os apoie e suporte as comorbilidades associadas à doença, ou então são doentes cuja manifestação aguda da sua doença crónica fez transbordar a incapacidade da família para suprir o seu estado de saúde.

Para tentar colmatar esta situação, o enfermeiro especialista tem aqui um importante papel a desenvolver, na medida em que, munido de um referencial teórico sólido e de uma capacidade de análise e resolução de problemas, deverá auxiliar estas famílias no seu processo de adaptação e transição de processos de saúde para situações de grande dependência.

No decorrer do meu estágio tive a oportunidade de interagir com cerca de 30 famílias. Essencialmente este trabalho desenvolveu-se no SO e na Sala de Intermédios Mulheres/Homens. Quer na prestação de cuidados direta aos doentes, quer através de conversas informais pude observar que, numa fase inicial, as famílias procuram essencialmente informação sobre o diagnóstico e prognóstico da doença que levou o seu familiar a recorrer ao SU. Depois necessitam que essa informação seja validada pelos mais diversos profissionais pois muitas vezes a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde é técnica e pouco perceptível. Por outro lado, esperavam encontrar uma equipa de enfermagem apta a prestar apoio um emocional efetivo sendo capaz de estar, ouvir e compreender o medo e a ansiedade em que se encontravam.

Outro problema comum à maioria destes familiares, prende-se com os tempos de espera para proceder à visita, que na maior parte das vezes são muito elevados no SU. De facto o processo de visita no SU consiste num pedido escrito do familiar na secretaria da urgência, posteriormente distribuído pelos administrativos a todos os setores do SU. Seguidamente, cada enfermeiro responsável pela sala, deve chamar os familiares para que possam proceder à visita.

Nesta cadeia identifiquei três situações problema: o administrativo deixa acumular um certo número de pedidos, muitas vezes distribui de forma errada pelos setores da urgência e a chamada dos familiares para o interior das salas depende da sensibilidade e da capacidade de organização do trabalho do enfermeiro que presta cuidados nesse setor.

Quando mencionava estas minhas observações aos enfermeiros com quem conjuntamente prestava cuidados e demonstrava que era possível no decorrer do meu turno conversar e informar as famílias, observava uma mudança de atitude. Acredito que algumas vezes a desmotivação e a juventude da equipa levava a perpetuar estes comportamentos de evitamento. Decidi estimular em conversas informais a reflexão sobre esta temática através de questões do tipo: Que imagem social é esta que transmitimos? Estaremos nós a respeitar os direitos dos nossos utentes? Estamos nós profissionais de saúde a exercer uma enfermagem pautada pela ética e pelo respeito para com a deontologia da nossa profissão?

O artigo 7º do Decreto-Lei 437/91 de 8 de novembro, advoga que uma das particularidades dos cuidados de enfermagem consiste na promoção de uma relação de confiança com o indivíduo, família, grupos e comunidade, promovendo a sua implicação nos cuidados e processo educativo para o autocuidado no decurso da preparação para a alta.

Por outro lado, artigo 84º do Código Deontológico refere-se ao dever de informação onde o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.*

Se legalmente e moralmente estamos sujeitos a isto, então porque é que diariamente temos tantas dificuldades em comunicar e incluir as famílias nos cuidados prestados? Uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os cuidadores informais significa que existe uma troca de informação entre os vários intervenientes com o objetivo de melhorar os cuidados. Consiste na realidade numa comunicação que cria um espaço para colocar dúvidas, expressar emoções, vincular informações e proceder aos mais diversos tipos de orientação.

VICENTE (2001) no estudo que realizou refere que a maior parte das famílias encara a sua presença no serviço como uma forma de auxiliar os enfermeiros na satisfação de necessidades básicas do doente como a alimentação e a hidratação, demonstrando alguma relutância quando chamadas a intervir por exemplo numa higiene parcial do doente. Acreditam que procedem á vigilância de determinadas técnicas como a administração de soro, oxigénio, auxiliam e responsabilizam-se pela toma da medicação oral e dão o afeto, o carinho e a companhia que os seus familiares tanto precisam.

Por outro lado, os profissionais de saúde acreditam que no decorrer de uma visita os familiares têm a função de vigiar a segurança física do doente quando as situações assim o requerem (demência ou agitação), receber e dar informação específica ao médico, realizar trâmites burocráticos e ser o advogado do doente perante a equipa de saúde, transmitindo os desejos e as necessidades do doente (VICENTE, 2001, p.505).

Num serviço onde a carga de trabalho é muito elevada se a equipa considerar a presença da família nestes moldes não estaríamos a aumentar a satisfação dos utentes?

Alguns dos profissionais de enfermagem com quem pude abordar esta temática escudam-se demasiadas vezes no chavão da falta de tempo, no rácio de enfermeiro/doente reduzido, na rotatividade de doentes constante que existe em SO e noutros setores, na necessidade de pré

antecipar as tarefas, e porque o facto de ter a família presente aumenta o número de vezes que o enfermeiro é solicitado a prestar informações.

Curiosamente no meu contexto de trabalho temos um horário de visita muito alargado (das 12h às 20h), pelo que lido com a presença da família muito de perto e isso não interfere com a minha prestação de cuidados. Requer sim da minha parte uma organização diferente do tempo. Quando esta comunicação não é eficaz denoto sim que existe um aumento da necessidade de cuidados por parte da díade doente/família e que a confiança na nossa prestação de cuidados é quebrada.

Todas estas inquietações, dúvidas e observações que fui realizando foram expressas numa reunião por mim dinamizada e orientada onde estiveram presentes a chefia do serviço e todos os chefes de equipa subordinada ao tema “Família como Parceira de cuidados no SU do HCC” (ANEXO V).

Este tema suscitou discussão acesa no grupo. Demonstrei que os principais serviços de urgência da área de Lisboa, possuem horários de visita estruturados e que permitem o acompanhamento dos familiares em setores específicos do seu serviço. Alguns destes hospitais têm até projetos muito ambiciosos como é o caso do Hospital Francisco Xavier, onde o acompanhante do doente internado em SO pode permanecer efetivamente junto do mesmo das 11h às 21h, sendo que ao longo do dia são fornecidas, sempre que se justifique, informações pela equipa médica e de enfermagem.

Por outro lado, e a nível internacional, a discussão e os estudos não se prendem neste momento com o acompanhamento ou não do doente no SU (cujo direito se encontra atualmente consagrada na LEI N.º 33/2009 de 14 de julho), mas sim com a permanência e a inclusão da família durante a realização de procedimentos invasivos como por exemplo a colocação de um CVC, EOT e no decorrer de um processo de reanimação cardiorespiratória.

O *American Association of Critical Care Nurses (AACN)*, o *American College of Emergency Physicians (ACEP)* e o *Emergency Nurses Association (ENA)* defendem que a presença da família neste tipo de situações reduz os níveis de stress e ansiedade a que o doente está sujeito. Por outro lado, refere a necessidade de existir a figura do “*bedside nurse*”, cujo papel no decorrer de um processo de reanimação se prenda ao acompanhamento da família através da explicação de todos os passos, técnicas e procedimentos a que o doente esteja sujeito, prestando um apoio emocional efetivo nesta situação de crise (AACN, 2010; ACEP, 2009; ENA, 2009).

Transpondo esta filosofia para o panorama nacional, devemos ter em conta que o rácio enfermeiro/doente destes países é muito superior, os espaços físicos são mais aprazíveis e o número de utentes que utiliza o SU é muito inferior, devido à eficácia da organização dos cuidados de saúde primários que dão resposta de facto a situações que não conferem situações urgentes e emergentes.

Após toda esta discussão chegamos a alguns consensos:

- Deverá ser criado um horário de visita transversal a todos os setores do SU do HCC. Contudo, esta mudança deverá ser iniciada pelo SO;
- O horário escolhido prevê a acessibilidade da maioria dos familiares à visita. No turno da Manhã deverá decorrer das 12h às 14 H e no turno da Tarde das 18h às 21H;
- São permitidas duas visitas por doente alternadamente, sendo que o período total de permanência junto do familiar não deve exceder os 15 minutos;
- Se não for possível ao familiar proceder à visita no decorrer deste horário, o mesmo deverá expressar esta dificuldade à equipa de enfermagem presente na sala de SO, por forma a serem encontradas possíveis soluções, sendo esta sempre uma situação de carácter excecional;
- Neste horário quer a equipa médica, quer a equipa de enfermagem devem estar disponíveis para facultar informações acerca da situação clínica do doente mediante a sua área de responsabilidade.

A inclusão das famílias na prestação de cuidados é determinante para o sucesso das nossas ações e o seu direito à informação deve ser salvaguardado. De forma a facultar os instrumentos necessários para a divulgação destas modificações às famílias dos utentes que visitam os seus familiares internados em SO, preparei um poster (ANEXO VI) e um guia de acolhimento (ANEXO VII) que serve de reforço das indicações que são fornecidas oralmente pelos colegas, e que deverá entrar em vigor após a aprovação formal das alterações acima mencionadas, pela Direção Clínica do SU.

Por outro lado, a satisfação dos utentes e família, para além do direito à informação e atendimento de qualidade, assenta na capacidade e sensibilidade que os profissionais de saúde têm para lidar com as questões da privacidade.

Quando somos admitidos num SU, por questões de segurança somos espoliados de todos os bens que reforçam a nossa individualidade (roupas, objetos pessoais). Muitas vezes o nosso corpo é exposto demasiado tempo, quer em situações onde se processa a monitorização cardíaca, quer em momentos onde se procede à eliminação intestinal e vesical ou simplesmente porque a roupa fornecida de pela instituição se encontra danificada. A nossa informação clínica, que é de carácter pessoal, é discutida entre pares numa sala cheia de doentes e de não profissionais de saúde ou é “levemente” debatida em conversas de café, quebrando assim o elo da confidencialidade.

Ou seja “a capacidade da pessoa poder exercer controle sobre o acesso a si, quer nos aspetos de acessibilidade física e psíquica, quer quanto à reserva sobre as informações a seu respeito e cuja revelação só pode ser objeto de decisão autónoma” (PATRÃO NEVES; PACHECO, 2004, p.250) é posta em causa diariamente nos contextos de trabalho quer pela génese do serviço, pelas circunstâncias da própria situação clínica ou por distração de quem a pratica.

Através da minha prática de cuidados essencialmente no corredor/sala de injetáveis, sempre que se tornava necessário proceder uma colheita de urina asséptica a um doente dependente em maca, tinha o cuidado trazer a maca do doente até á sala de injetáveis e fechar as portas, ou correr a cortina da mesma sala quando administrava terapêutica intramuscular e pedir que o profissional que comigo se encontrava na sala exercesse outra função no corredor e não no mesmo espaço físico.

Como enfermeira especialista tentei nas mais diversas situações ser um agente de mudança e promotor da reflexão na equipa. Por outro lado, a articulação entre pares foi fundamental e demonstrei que é possível manter o respeito, o pudor e a privacidade da pessoa mesmo quando os espaços físicos são exímios e a carga de trabalho elevada.

Para além de todos os conhecimentos que adquiri na prestação de cuidados diretos a doentes do foro médico e ortopédico, devo ressaltar que a articulação e o trabalho de equipa são peças fundamentais para o bom funcionamento do SU. À imprevisibilidade da afluência e da gravidade das situações que poderão surgir, junta-se a necessidade imperiosa de uma tomada de decisão rápida e consciente. A equipa que compõem este SU é consciente deste facto e tem como peças angulares os chefes de equipa. Resta-me sugerir à chefia do serviço um investimento mais premente nestes profissionais, na medida em que deve promover oportunidades de aprendizagem e reflexão sobre a prática, estimular a realização de novos projetos, apostar na formação de novas competências através da flexibilização de horários e dar ênfase e reforços positivos ao trabalho que é desenvolvido (e bem) diariamente.

## **1.2 - Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz**

*“O envelhecimento da população, associado a uma maior incidência de doenças crónicas e incapacitantes, o aparecimento de novas abordagens de intervenção e de novas tecnologias, as modificações nos hábitos de saúde e dos estilos de vida, as alterações na estrutura familiar, as migrações do meio rural para o urbano, o urbanismo, a contenção de custos na área saúde e em áreas sociais, e as expectativas cada vez maiores das populações, têm levado nestes últimos anos a dinamizar e a investir em alternativas de organização e prestação de cuidados de saúde que privilegiam a assistência com uma melhor qualidade e um melhor funcionamento dos serviços de cuidados de saúde” (NAVALHAS, 2000, p.59).*

Neste contexto os serviços de Cuidados Continuados, e dentro destes os Cuidados Paliativos, são uma necessidade socialmente premente cujo interesse público é inequívoco e consensualmente reconhecido, onde a humanização dos cuidados de saúde e a qualidade de vida do doente e família são o fim a prosseguir.

Ou seja, os Cuidados Paliativos surgem como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos utentes que enfrentam problemas de saúde decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da*

*prevenção e alívio do sofrimento, com recurso á identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2003).*

Para além dos doentes do foro oncológico, são destinatários deste tipo de cuidados, doentes com patologias neurológicas degenerativas (Ex: doença de Alzheimer, doença de Parkinson), as demências na sua fase final, doentes com sequelas de acidentes vasculares cerebrais, doentes com insuficiências orgânicas avançadas (Ex: cardíaca, renal, hepática, pulmonar), doentes com sequelas de doenças neuromusculares (Ex: esclerose lateral amiotrófica), fibrose quística, doenças reumatismais incapacitantes, com SIDA em estadio terminal, entre outras (*opus cit.*).

Esta tipologia de doentes pode ser encontrada diariamente no meu contexto de trabalho, sendo as respostas que temos para oferecer muito parcas, na medida em que os profissionais de saúde devido á falta de formação e até de alguma sensibilidade, têm dificuldade em suspender as medidas curativas em detrimento de medidas que garantam o conforto do doente, encarando esta mudança de paradigma de cuidados como um fracasso das suas ações. Por outro lado, existe também uma dificuldade acrescida no controlo da dor e manutenção de uma correta analgesia o que perpetua o sofrimento dos utentes.

Todas os conhecimentos que adquiri e todas as competências que desenvolvi com a realização deste estágio na UCCP do HL, permitir-me-ão desempenhar um importante papel no meu local de trabalho, não só como enfermeira na prestação direta de cuidados, mas, também, como elemento de referência na formação dos colegas/pares.

Os objetivos que defini para este estágio, e que irei de seguida analisar são os seguintes:

- Contribuir no controlo de sintomas dos doentes internados na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz;
- Diminuir os níveis de stress e a sobrecarga a que os cuidadores informais dos doentes em fim de vida, internados na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, estão sujeitos.

Parti para este estágio com muitas expectativas e muitos medos. Como será lidar diariamente com a morte e o sofrimento dos doentes e suas famílias? Como controlar sintomas indesejáveis? Como é que instilamos esperança num futuro, quando a possibilidade de cura é inexistente? Como é possível ajudar estas famílias no seu processo de luto? Existirá alegria e momentos de descontração ou irei encontrar um ambiente de constante pesar? Serão as exigências dos doentes/clientes de um hospital privado muito distintas das que recebem cuidados de enfermagem num hospital público? Estarei á altura?

Enfim, receios legítimos quando de facto somos iniciados numa nova área de saber.

De facto a filosofia de cuidados que é empregue no cuidar de doentes em fim de vida é muito distinta da utilizada nos serviços cuja tónica de atuação se prende com as intervenções

curativas. Aqui o que se pretende é garantir o controlo de sintomas para que o doente se sinta confortável e sem sofrimento, estimulando se possível a partilha de vivências, emoções e sentimentos entre o doente e sua família.

Primeiramente esta nova filosofia de cuidar em enfermagem exigiu de mim uma mudança de paradigma de cuidados. Comecei por me questionar: Fará sentido controlar a glicemia capilar de um doente em fim de vida que é diabético, não se alimenta à 4 dias e que se encontra em fase agónica? Fará sentido manter uma máscara de alto débito a um doente com metástases pulmonares que possui uma respiração superficial? Fará sentido entubar nasogastricamente um doente com recusa alimentar mantida à uma semana? A RESPOSTA É NÃO...

Muita da medicação utilizada em cuidados paliativos tem indicações de utilização distintas das utilizadas nos doentes do foro médico. Por exemplo, o haloperidol é muito utilizado devido ao seu efeito antihemético e o diclofenac é utilizado como antipirético de eleição. A terapêutica paliativa é voltada para o controle sintomático e para a preservação da qualidade de vida do paciente, e não tem o intuito de curar, prolongar ou abreviar a sobrevida da pessoa. Um dos ingredientes fundamentais desta mesma terapêutica, e que dita o seu sucesso, consiste na empatia, no bom humor, no olhar crítico e na compreensão dos sintomas de quem a prescreve e administra.

Por outro lado, a via de eleição para a administração de terapêutica em cuidados paliativos é via SC. Permite realizar hipodermoclise e a administração de terapêutica analgésica de forma efetiva. Comparativamente com a via EV, a via SC é pouco iatrogénica, tem um menor custo, é menos dolorosa a sua punção e é de fácil manutenção (NETO, 2008). Todas estas situações requereram estudo, pesquisa bibliográfica, reflexão das práticas, e mobilização de conhecimentos numa base diária.

Como já foi anteriormente mencionado, o controlo sintomático consiste num dos pilares da medicina paliativa. Geralmente os sintomas são de etiologia multifatorial, variaram de intensidade e de persistência e consistem numa chamada de atenção do organismo para algo que ameaça a homeostasia e o equilíbrio entre a dimensão física, espiritual, social e afetiva do indivíduo.

A obstipação é um dos desagradáveis sintomas que surgem com muita frequência em doentes oncológicos que se encontram numa fase avançada da doença e é caracterizado pela *“eliminação de matérias fecais duras, difíceis de expulsar, em menor número do que se considera normal, persistindo por vezes, a sensação de necessidade de evacuar ou de ter efetuado esvaziamento incompleto, acompanhado de mal-estar abdominal e outros sintomas como cefaleias”* (NETO; BARBOSA, 2010, p.162).

Aproximadamente 45% dos doentes admitidos nas unidades de cuidados paliativos, sofrem de obstipação. Esta deve-se à diminuição da mobilidade, à desnutrição ou alteração súbita da dieta, ao menor consumo e absorção de líquidos, à própria idade avançada do doente e ao

consumo de opióides que promovem a diminuição do peristaltismo a nível do cólon e do ileon, diminuem o fluido intrainestinal e aumentam o tónus do esfíncter (*opus cit.*).

De forma a prevenir estados de obstipação, a maioria dos doentes internados na UCCP que se encontra sujeito a analgesia à base de opióides, tinha prescrito um tratamento concomitante com laxantes (osmóticos, de contacto, expanssores do volume fecal e estimulantes do peristaltismo). A eficácia desta medida farmacológica era diariamente avaliada por mim através da Escala de Bristol.

Contudo estas medidas farmacológicas não foram eficazes em cinco doentes em fim de vida (conscientes e sem estar patente o síndrome de má absorção) a quem prestei cuidados no decorrer deste estágio. Primeiramente tive necessidade de proceder à estimulação digital e à retirada de fecalomas, com o intuito de diminuir o desconforto e a dor abdominal do doente, e após a retomada do padrão intestinal tive o cuidado de tentar identificar os focos que estariam a potenciar esta situação. Em dois doentes foi identificado a diminuição da ingesta de líquidos como sendo a situação promotora de obstipação e nos restantes a imobilidade associada a uma diminuição franca da ingestão de fibras na sua dieta diária.

A dieta em cuidados paliativos é essencialmente livre, ou seja o doente após uma avaliação e negociação inicial por parte da nutricionista escolhe um leque de refeições e alimentos que deseja ingerir. Aqui colocam-se duas situações: apesar de ser fornecida uma alimentação variada os doentes ingerem tendencialmente sempre o mesmo tipo de alimentos. Um dos doentes comia sistematicamente a carne/peixe e o doce/papa de fruta que lhe era fornecida e não ingeria qualquer tipo de vegetal ou legumes apesar de os escolher invariavelmente. A esposa referia sempre que o marido se alimentava bem e o doente afirmava que a qualidade das refeições era elevada. Este tipo de discurso fazia com que a atenção da equipa de enfermagem não se centrasse no padrão alimentar do doente. Consequência, uma diminuição franca da ingestão de fibras na sua dieta diária. Por outro lado, outro doente tinha uma incapacidade franca em conseguir ingerir água, pelo que a substituía por “uma boa chávena de chá preto” como referia. Consequência, diminuição da ingesta de líquidos.

Para dar resposta a este problema, os enfermeiros da UCCP empregam essencialmente técnicas farmacológicas para o alívio deste sintoma, não utilizando de forma sistemática outras técnicas coadjuvantes que se têm mostrado eficazes para o alívio e tratamento da obstipação como a utilização de laxantes naturais à base de sumo de ameixa, laranja ou, quando indicado (exceto quando existam metástases abdominais), a realização de massagem abdominal para promover a progressão do bolo fecal.

Este tipo de técnicas coadjuvantes, permite que o enfermeiro, para além do alívio do desconforto e da dor associada, foque a atenção do seu cuidar nas medidas de conforto e na capacitação do outro para o autocuidado, como é definido por OREM. Este consiste numa *“função humana reguladora que os indivíduos têm de deliberadamente desempenhar por si próprios ou que alguém execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem estar ... tendo o mesmo de ser apreendido, e executado deliberadamente e*

*continuamente, em conformidade com as necessidades reguladoras do indivíduo” (TOMEY; ALLIGOOG, 2004, p.218).*

Assim o enfermeiro especialista auxilia o doente a reconhecer e a tipificar o desconforto, e atribui responsabilidade à pessoa na prossecução do seu bem-estar. Esta atitude de orientação permite manter a autonomia e a autodeterminação. Foi este olhar que fez a diferença da minha atuação para a dos colegas com quem prestei cuidados a doentes em circunstâncias semelhantes.

Por essa razão, decidi elaborar um procedimento de atuação para situações de obstipação induzida por opióides (ANEXO VIII) que contempla a utilização de técnicas farmacológicas e coadjuvantes e que servirá de guia aos enfermeiros na prestação de cuidados a doentes com esta sintomatologia. Por outro lado, e visto a obstipação ser um sintoma muito característico e com uma elevada taxa de recorrência, elaborei um folheto informativo acerca das estratégias mais pertinentes que deverão ser tidas em conta pelos doentes e familiares, promovendo a continuidade dos cuidados prestados (ANEXO IX).

Estes instrumentos encontram-se em fase de aprovação pela coordenadora do serviço. Acredito que estes documentos servirão de referência para a equipa de enfermagem da UCCP, na medida em que possui informações úteis que podem ser vinculadas aquando da preparação da alta do doente para o domicílio.

Por outro lado, num estudo realizado por LAGDMAN (2003), que visava compreender quais os sintomas que em fim de vida causam mais desconforto e sofrimento aos doentes e suas famílias, pude constatar que para além da dor, a anorexia e sensação de saciedade precoce, a sensação de boca seca, a dispneia, o edema e a alternância de estados de insónia e sonolência extrema associados à fadiga são os principais sintomas que afetam a sua qualidade de vida e em simultâneo são geradores de stress para os cuidadores quando estes têm a seu cargo um doente em fim de vida.

No decorrer da minha prática clínica pude observar que um grande número de doentes refere sensação de boca seca, o que dificulta a deglutição, gera mau hálito, dificulta a articulação das palavras e promove o aparecimento de infeções da mucosa bucal. Por outro lado, a alternância de estados de sonolência extrema e insónia afeta a capacidade do doente estabelecer relação com o outro, propencia estados depressivos, ansiedade, medos, fadiga, o que pode ser potenciado pela existência de dor, febre ou enjoos.

Acredito que medidas simples melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Por essa razão decidi dirigir a minha atenção para estes dois sintomas específicos: problemas relacionados com a xerostomia e os estados de insónia.

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica utilizei a conferência familiar como espaço privilegiado para proceder à capacitação dos cuidadores

informais para a resolução de problemas, através da promoção do autocuidado e o manejo dos sintomas e das intervenções não farmacológicas.

Para tal, realizei dois folhetos informativos (ANEXO X e XI) onde se encontra compilada uma série de informações pertinentes, ilustrativas, de fácil leitura e compreensão para ajudar os familiares/cuidadores a complementarem a utilização da terapêutica prescrita com intervenções não farmacológicas, muitas delas treinadas e realizadas com os doentes no decorrer do seu internamento no serviço.

Tive a oportunidade de preparar duas altas para o domicílio onde estes conteúdos teóricos foram abordados com os cuidadores principais com sucesso, pois a informação por mim vinculada foi por estes considerada útil. Contudo não forneci o folheto informativo em si, na medida em que este se encontra em fase de aprovação pela coordenação do serviço e à *posterori* deverá ser sujeito à avaliação do departamento de comunicação e marketing do HL.

Acredito que o caminho a percorrer ainda é longo mas dei o primeiro passo. Sugiro como estratégia de capacitação dos cuidadores informais a criação de um guia de apoio ao cuidar do doente em fim de vida específico para a UCCP que deverá ser entregue no momento da alta.

Apesar de muito jovem, uma grande parte da equipa de enfermagem desta unidade possui formação avançada em Cuidados Paliativos ou está em fase de conclusão da sua aprendizagem a nível da formação pós-graduada, refletindo-se este investimento pessoal nas áreas da comunicação e no controlo de sintomas através de terapias farmacológicas. Esta perceção é reforçada quando se observa o plano de formação do ano de 2010, que é disto exemplo.

Por outro lado, constatei que não eram utilizadas terapias não farmacológicas (como a utilização da massagem terapêutica ou de relaxamento, a musicoterapia, a imaginação guiada) para o controlo da dor e outros sintomas, num serviço que tem sido muitas vezes pioneiro e vanguardista no cuidar dos doentes em fim de vida no nosso país. Por outro lado, a maior parte da literatura refere que a maioria das unidades de cuidados paliativos inglesas e espanholas apostam na introdução das terapias complementares como *Reiki*, *Shiatsu*, a Massagem com o intuito de mobilizar e fortalecer a energia dos seus pacientes, preocupando-se muito com o cuidar da espiritualidade de cada individuo (LEWIS [*et al.*], 2003; BRITO e FONSECA, 2009). Estes projetos já possuem alguma tradição na nossa vizinha Espanha como é disso exemplo a Unidade de Navarra, de onde obtive alguma documentação escrita.

Através de conversas informais com a equipa de enfermagem denotei que havia uma curiosidade e um interesse implícito sobre estas áreas de conhecimento. Estas terapias não farmacológicas ou complementares, consistem na aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos. Devem ser utilizadas como adjuvantes no controlo da dor e promoção do conforto e permitem ao doente participar na sua execução, contribuindo para reforçar a sua autonomia.

Este tipo de terapias exige dos profissionais o desenvolvimento de competências relacionais bem como a aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos. É importante que o enfermeiro conheça as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas, selecione estas intervenções considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível e apenas as utilize em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica.

Por forma a compreender como se poderia aplicar estas técnicas na prestação de cuidados diários, realicei uma visita à Equipa de Cuidados Intra-hospitalares do IPO de Lisboa, onde pude contactar com enfermeiros que possuem experiência prática e conhecimentos teóricos na aplicação sistemática de terapias não farmacológicas nos doentes em fim de vida. Desde já gostaria de ressaltar a disponibilidade de toda a equipa.

Esta visita foi uma mais valia no meu percurso enquanto enfermeira especialista, na medida em que obtive testemunhos reais de situações onde a aplicabilidade da técnica de imaginação guiada e massagem terapêutica foram efetuadas, concomitantemente com o tratamento farmacológico, para a diminuição da dor e de estados depressivos com sucesso. O que deparei desta situação é que a organização do trabalho e a divisão das tarefas é fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam prestados respeitando o tempo do outro, os horários são meras balizas para a realização de atividades mais burocráticas e que a verdadeira essência do cuidar de enfermagem reside na entrega, apoio, empatia e partilha de sofrimentos e alegrias com o outro.

Foi com base nestas premissas que, conjuntamente com a Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Oliveira, (mestranda deste curso que em simultâneo realizou o estágio opcional na UCCP do HL) propusemos à coordenadora do serviço a realização de uma sessão formativa destinada à equipa de enfermagem acerca das “Terapias não Farmacológicas: a sua utilização em cuidados paliativos para o alívio da dor” (ANEXO XII), proposta esta que foi prontamente aceite.

Esta sessão teve como objetivos rever de forma breve o conceito de dor, definir alguns conceitos referentes a esta temática e dar a conhecer as vantagens e desvantagens das terapias não farmacológicas mais utilizadas para o alívio da dor (Massagem Terapêutica, Termoterapia e Crioterapia, Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea, Musicoterapia, Técnica de Relaxamento Progressivo de *Jacobson*, Imaginação Guiada e Distração).

A equipa de enfermagem presente (20 elementos) nesta sessão formativa parabenizou-nos pela atualidade e pertinência do tema, e foi muito participativa na discussão. Como principal obstáculo à aplicabilidade destas terapias não farmacológicas na UCCP, a equipa de enfermagem referiu que devido ao rácio reduzido enfermeiro/doente, às solicitações burocráticas a que estão sujeitos e à sobrecarga de trabalho existente, seria muito difícil a aplicação de algumas das técnicas apresentadas nomeadamente a Técnica de Relaxamento de *Jacobson*, que para além de formação específica, exigiriam uma maior disponibilidade de tempo.

A técnica que foi mais trabalhada no decorrer da nossa formação foi a massagem terapêutica, por ser uma técnica que contempla e pressupõe na sua realização o toque terapêutico que muitos de nós enquanto enfermeiros já realizamos no nosso dia a dia quando promovemos cuidados de conforto ao doente. Aqui foram focados os princípios gerais a respeitar por quem promove a massagem, bem como foram demonstrados os movimentos básicos e respetiva sequência de aplicação dos mesmos no doente do foro paliativo.

Por outro lado, existem dois elementos na equipa de enfermagem da UCCP que possuem formação avançada nesta área de saber, e que após o *terminus* do nosso estágio poderão ser o veículo impulsionador de capacitação e mobilização da restante equipa para a aplicabilidade correta e efetiva desta técnica não farmacológica. Ficou o repto que foi prontamente aceite por estes dois elementos de referência da equipa, como projeto individual a levar a cabo para o ano de 2011.

No final desta formação foi fornecido um folheto informativo que resume os conteúdos apresentados, no que se refere à técnica da massagem terapêutica, a todos os enfermeiros presentes na sessão (ANEXO XIII), bem como foi fornecida bibliografia científica de referência nesta área em suporte informático, que foi prontamente colocada ao dispor de todos os elementos na plataforma de informação do serviço.

Como pontos fracos desta sessão a equipa referiu que apesar da interação entre os pares, todos os elementos gostariam de ter tido a possibilidade de treinar *in loco* uma destas técnicas apresentadas, essencialmente a massagem de relaxamento. Por outro lado, esta sessão formativa iniciou-se cerca de 30 minutos após o horário previsto, pois a mesma decorreu na sala de atividades da unidade, um espaço multiusos que se encontrava ocupada por dois utentes que realizavam a sua refeição acompanhados pelos seus familiares, situação que fugiu ao nosso controlo.

Como competências específicas adquiridas no decorrer destas atividades, tive a oportunidade de tomar a iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas, avalei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspetiva académica avançada e promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus pares.

Outra das pedras basilares dos cuidados paliativos reside na capacidade de comunicar com o outro. A Comunicação representa *“um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e a criar laços significativos com ela”* (PHANEUF, 2005, 23).

Esta capacidade de comunicar ou de estabelecer uma ligação com o doente e família é de extrema importância. Ela inicia-se logo na admissão do doente na UCCP. O acolhimento de um novo doente pressupõe uma avaliação inicial onde está presente o enfermeiro e um médico da equipa de cuidados paliativos.

Após uma observação física inicial do doente os profissionais de saúde, conjuntamente com o doente e família, iniciam uma conversa com o intuito de estabelecer um compromisso, um plano terapêutico individual ajustado aos problemas percebidos. São exploradas as expectativas do doente e da família em relação ao internamento e à situação de doença atual.

As regras do jogo são definidas logo à partida. Não existe lugar para a conspiração do silêncio, mas sim um compromisso com a verdade. O objetivo máximo a prosseguir é a promoção do conforto e da qualidade de vida. São observadas as relações e o suporte familiar do doente e desde o primeiro contacto que se inicia a preparação do processo de luto. Estes momentos são amplamente registados em diário de enfermagem e rigorosamente divulgados em passagem de turno.

Ao refletir sobre esta metodologia de acolhimento, questionei-me: Se a essência do cuidar de enfermagem assenta sobre o pressuposto da qualidade de vida e da maximização do conforto do doente, porque razão é que no meu contexto de trabalho não realizamos este tipo de trabalho numa fase inicial do internamento? Muitas das situações problema e até as mais dilemáticas poderiam ser evitadas se quer a equipa médica, quer a equipa de enfermagem fosse mais proactiva na orientação e informação dos utentes, fazendo com que estes se responsabilizassem pelo seu processo de tratamento.

No doente do foro cardíaco a atuação do enfermeiro encontra-se muito direcionada para promoção da saúde através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, que dependem única e exclusivamente do empenho individual do doente. Não faria sentido logo de início incluir o doente e família no plano terapêutico traçado? Este será sem dúvida o papel que terei de adotar enquanto enfermeira especialista no meu contexto de trabalho.

Para que este trabalho seja realizado é necessário estabelecer uma comunicação eficaz entre os intervenientes. No decorrer deste estágio tive a oportunidade de utilizar diversas técnicas de comunicação das quais ressalvo técnica dos dedos cruzados e os tiros de aviso. Devo ressaltar que apesar da área da comunicação ser muito trabalhada nos cuidados paliativos, a bibliografia acerca destas técnicas de comunicação é parca.

A técnica dos dedos cruzados pressupõe uma atitude de entrega ao outro, onde o enfermeiro cruza os dedos das mãos e emite uma mensagem de forma positiva, privilegiando a promoção da esperança. Tive alguma dificuldade em aplicar esta técnica nas interações que desencadeei com doentes em fim de vida, pois muitas vezes, foi-me difícil lidar com o turbilhão de emoções, na medida em que, é retratado o percurso e a história de vida daquela pessoa, daquela família, das alegrias, das tristezas, das conquistas, da dor, dos arrependimentos, das dúvidas... É difícil não nos identificarmos com estas situações. O estar com o outro e partilhar estes últimos

momentos demonstra as fragilidades e os medos de ambos os intervenientes. Isto exigiu da minha parte um trabalho de autoconhecimento e de gestão das emoções numa base diária.

Muitas vezes é necessário confrontar os doentes com o evoluir da situação clínica e preparar a família para o momento da morte. Prestei cuidados durante a maior parte do meu estágio a uma doente com tumor cerebral. Inicialmente encontrava-se consciente das suas ações, demonstrando por vezes algum esquecimento. Contudo a evolução clínica foi rápida. De dia para dia existia um agravamento do estado de consciência o que tornou premente a preparação desta família. Aqui utilizei a técnica dos tiros de aviso que consiste essencialmente em dar pequenas pistas ao longo do tempo para que seja perceptível ao doente e família de que um momento de mudança irá surgir.

“O sofrimento não é um sintoma e nem é um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa” (BARBOSA, 2003, p.55). Apesar de ter assistido a este sofrimento, a esta morte senti uma paz e uma sensação de dever cumprido, na medida em que fui uma privilegiada em poder partilhar estes últimos momentos com aquela pessoa e por outro lado ajudei esta família a caminhar para a aceitação da finitude do seu ente querido.

Por outro lado, e através da minha observação pude constatar que as principais necessidades dos cuidadores de doentes em fim de vida prendiam-se com a necessidade de uma informação honesta, realista e adaptada sobre a doença, a terapêutica e os recursos de apoio existentes; necessitam que a equipa de saúde demonstre respeito pelas suas crenças, atitudes e valores culturais e espirituais, necessitam de apoio emocional, desejam participar ativamente nos cuidados e acima de tudo necessitam de garantir que sejam prestados os melhores tratamentos possíveis aos seus entes queridos num ambiente de intimidade e privacidade (MORAES, 2009).

Muitas vezes devido á situação de crise em que a díade família/doente se encontra, torna-se necessária promover momentos de partilha e comunicação específicos. As conferências familiares no contexto paliativo, consistem “numa forma de intervenção estruturada na família que permite aos profissionais de saúde apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções e devem ser realizadas sempre que a situação se justificar” (NETO, 2003, p.13). É um instrumento de comunicação de dupla direção pois quer a equipa de saúde, quer os familiares e o doente podem solicitar este espaço de clarificação e de partilha de informação.

Pressupõem algumas regras próprias: a equipa de saúde deve primeiramente criar uma agenda de todos os assuntos que deverão ser abordados e a respetiva sequência dos mesmos, o líder desta conferência deve ser escolhido consoante a relação que estabelece com a díade família/doente, deve ser marcada uma hora específica, o local deve ser aprazível, convidativo e facilitador da comunicação, ou seja não deverá existir ruídos, um entrar e sair de pessoas e deve permitir e garantir o sigilo e a privacidade dos intervenientes (*opus cit.*).

A própria estrutura física da UCCP é propícia e facilitadora da comunicação. O ambiente é calmo, com muita luz natural, de cores suaves, mobiliário confortável disposto em círculo.

Existem diversos espaços onde os familiares e utentes se podem reunir e os quartos dos doentes paliativos são amplos e individuais. Tive a oportunidade de realizar 2 conferências familiares nesta unidade de cuidados paliativos em conjugação com o meu EO, com sucesso.

Por outro lado, a comunicação pode assumir várias formas, desde a comunicação verbal, a escrita, a não verbal (postura corporal, gestos, mímica labial, etc.), até à não comunicação, uma vez que a ausência de comunicação pode ser percecionada por si só como uma mensagem. “O que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-nos eloquentemente” (PHANEUF, 2005, p.26). Muitas vezes o meu olhar e a minha voz trémula falaram mais alto.

A mestria de cada enfermeiro reside na capacidade de lidar com as suas próprias emoções e com as situações com que se depara, e utilizar a informação que obtêm em prol da melhoria da prestação de cuidados.

Todas as experiências acima descritas consistiram numa mais valia para o meu percurso individual. Aprendi a lidar com o silêncio, aprendi a estar somente mão com a mão, aprendi que não é necessário dizer ou justificar constantemente as nossas ações. Basta simplesmente estar disponível física e psicologicamente.

Este estágio não seria completo se não tivesse tido a oportunidade de conhecer a Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha. A visita a esta unidade que se encontra integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados, decorreu ao longo de uma semana e foi de extrema importância para o meu desenvolvimento profissional, na medida em que pude observar a dinâmica de funcionamento desta unidade pública, para onde por diversas vezes já referenciei doentes com ICC classe IV. A minha integração na equipa foi facilitada pela disponibilidade da EC. O ambiente nesta unidade é familiar ao contrário da UCCP do HL onde o peso da instituição dita o nosso dia a dia.

Como já foi anteriormente mencionado, sempre trabalhei numa unidade pública de saúde e tinha uma curiosidade implícita para verificar se existia uma diferença no atendimento e na prestação de cuidados entre unidades que apesar promoveram o cuidar baseado no conforto e na prossecução da qualidade devida, têm objetivos económicos e de rentabilização do espaço distintos. A resposta é sim.

A nível da gestão organizacional, a coordenação da UCCP diariamente tinha a preocupação de verificar as taxas de ocupação do serviço por forma a rentabilizar as camas vagas do mesmo e de ajustar os recursos humanos necessário a cada turno.

Por sua vez, e apesar das inúmeras solicitações e necessidades de vagas da RNCC, no decorrer da minha visita Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha existiam duas vagas. Esta situação deve-se á dificuldade na atualização da base de dados que serve este sistema de ingresso, pois dos três doentes que foram chamados para entrar na unidade,

um havia falecido, outro sofreu uma agudização do seu estado clínico e se encontrava internado no hospital e o último havia ingressado num lar custeado pela segurança social.

Por outro lado observei que no HL não existe a cultura do voluntariado e a própria coordenação do serviço não está recetiva a esta modificação. Na UCP da Idanha os voluntários são peças-chaves na prestação de cuidados. Possuem treino e formação específica, ministrada na Casa de Saúde e são selecionados mediante um perfil que contempla a capacidade de comunicação, a consciência crítica e a preocupação com as questões da manutenção do sigilo e da confidencialidade. Como elementos da equipa têm a seu cargo a promoção de momentos de distração e muitas vezes cuidam do lado espiritual dos pacientes articulando desta forma a sua ação com o assistente espiritual.

No decorrer da minha visita, tive a oportunidade de participar na reunião da equipa multidisciplinar desta unidade. Participaram nesta partilha de experiências a assistente social, a psicóloga, a farmacêutica, a fisioterapeuta, o voluntário, diversos elementos da equipa de enfermagem, o médico, as assistentes operacionais, a assistente espiritual e os diversos estagiários de sociologia, psicologia e enfermagem.

Após uma apresentação formal e estruturada de cada caso e situação clínica do doente levada a cabo pela pessoa mais envolvida na situação, cada um dos intervenientes forneceu a sua visão e dados acerca daquela família, foram discutidas as intervenções realizadas, foram colocadas dúvidas acerca da evolução clínica e discutidas as relações familiares, os suportes sociais e afetivos de cada doente. Uma situação que achei pertinente foi o facto da equipa discutir sentimentos, atitudes e intervenções com as quais não se sente confortável.

Exemplo disto foi o facto de termos de deixar de alimentar uma doente pela PEG, cujo diagnóstico principal residia num extenso tumor da cavidade oral. No dia anterior quando realizei o penso do local de inserção da PEG, para além dos sinais inflamatórios evidentes, denotei que à expressão havia saída de conteúdo alimentar, o que significava que existia uma fistula interna para a cavidade abdominal, e que o mesmo dispositivo não se encontrava corretamente posicionado. Por essa razão, a doente suspendeu a alimentação. Quando questionávamos a doente se tinha fome, esta respondia que sim.

A situação de FOME era o que causava sofrimento a toda a equipa, pois era inevitável deixarmos de pensar que de facto estávamos a infligir uma situação que levaria à desnutrição da doente. Como havíamos de lidar com esta situação? Que opções existiam para alimentar a doente? Não havia a possibilidade de via oral, ou de aplicação de uma SNG devido às metástases existentes. Segundo um relatório do Hospital de Santa Maria (datado de 7/10/2009) não existe janela para a colocação de nova PEG a nível abdominal ou de uma via parentérica. Por outro lado esta fome era uma "*fome psicológica*", na medida em que esta situação revelava à doente e sua família que se havia perdido mais uma capacidade.

Depois de discutidas estas situações obteve-se o seguinte compromisso: iríamos iniciar um trabalho de aceitação psicológica acerca do conceito de fome com a doente e família e

enquanto este trabalho não produzisse frutos iríamos manter a doente com um Soro Dextrosado.

Aqui a soroterapia serviria como um meio da equipa de enfermagem sentir que estava a intervir e a proporcionar o bem-estar à doente, e para a doente, a mesma sentia que nós não havíamos desistido e a estávamos a alimentar através de um soro açucarado. Conseguimos chegar a um compromisso de meio-termo. Neste caso, e para todos nós “*O soro alimenta o corpo e o espírito até a próxima etapa*”.

Na UCCP do HL os moldes desta reunião multidisciplinar são algo distintos. A apresentação formal e estruturada de cada caso e situação clínica do doente levada a cabo pela EC ou médica residente e complementada à *posteriori* pela restante equipa, as assistentes operacionais tendencialmente não participam nestes momentos de partilha e a discussão centra-se muito nas necessidades dos doentes e famílias, não existindo espaço para que cada elemento da equipa partilhe as suas emoções. Consegui adaptar-me em ambas as metodologias de trabalho.

Esta visão mais ampla das diferentes atitudes, posturas e meios entre os dois serviços fez-me tomar consciência que é possível por caminhos distintos obtermos a satisfação dos nossos utentes e prestar um serviço de qualidade irrepreensível.

Como competências específicas adquiridas no decorrer destas atividades, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos acerca das técnicas de comunicação mais adequadas para lidar com a família e o doente em fim de vida, de demonstrar capacidade de agir perante situações complexas adequando as minhas oportunidades de aprendizagem, demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, e tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas na minha prática de cuidados ao doente em fim de vida e sua família.

Não poderia terminar a minha reflexão relativamente a este módulo de estágio sem deixar uma sugestão. Um grande número dos doentes em fim de vida que recorrem à UCCP do HL fá-lo devido ao descontrolo sintomático ou por exaustão familiar. Muitas das situações poderiam ser solucionadas ou minimizadas se existisse um apoio por parte dos profissionais de saúde que compõem esta equipa também no domicílio, promovendo assim a continuação e articulação dos cuidados entre o hospital e o domicílio familiar. A ser desenvolvido, este trabalho seria pioneiro no panorama português e em muito prestigiaria esta instituição privada e este serviço a nível social.

### 1.3 - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral

Finalizando a minha caminhada realizei o último módulo de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral. Os objetivos que defini para este estágio, e que irei de seguida analisar são os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica, que se encontre submetido a ventilação mecânica.
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente através da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.
- Diminuir os níveis de stress e a sobrecarga a que os cuidadores informais dos doentes ventilados internados na UCI estão sujeitos.

As dinâmicas de trabalho empregues numa enfermaria e numa UCI são muito distintas. O doente crítico é aquele que “apresenta falência de um ou mais órgãos/sistemas necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência” (SPCI, 2008, p.9). Esta tipologia de doentes requer uma maior vigilância, mobilização e articulação de conhecimentos e uma tomada de decisão rápida e eficaz que permita atuar de imediato e de uma forma segura.

Na primeira semana de estágio centrei muito da minha atenção no *Saber-Fazer*, ou seja necessitei de aprofundar e adquirir conhecimentos sobre os efeitos, modo de preparação e administração de terapêutica específica utilizada neste serviço (aminas, imunossopressores, retrovirais e curarizantes) e na utilização do equipamento técnico existente e interpretação da informação fornecida quer a nível ventilatório e quer a nível hemodinâmico. Para o sucesso da minha integração nestas ações em muito contribuiu o saber da EO, especialista nesta área de saber, a manipulação direta e diária dos equipamentos e os conhecimentos adquiridos na frequência da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica.

Por outro lado, este processo foi curto e não foi unidirecional na medida em que possuo cerca de 6 anos de experiência profissional na área do doente do foro cardiológico. Tive oportunidade de prestar cuidados a um doente submetido a uma hepatectomia parcial por neoplasia primária do fígado. O mesmo doente encontrava-se sobre dupla-antiagregação (ácido acetilsalicílico conjugado com clopidogrel) no domicílio devido a um recente EAM. Após o procedimento cirúrgico tornava-se necessário manter este tratamento devido à sua condição cardíaca, mas existia associado um aumento do risco de hemorragia pós cirúrgica. Por essa razão, surgiu a indicação para o doente iniciar foundaparina. A equipa de enfermagem questionava esta medida e não compreendia o uso desta substância em detrimento da utilização de uma heparina de baixo peso molecular.

Perante os meus pares tive a oportunidade de partilhar com a equipa a minha experiência nesta matéria e de mobilizar os conhecimentos adquiridos na minha prática, pois participei no meu serviço no estudo *OÁSIS-5* (YUSUF [et al], 2006), que comprovou entre outras situações

específicas, que o uso da foundaparina reduz o risco de novo episódio de isquemia e uma redução substancial do risco hemorrágico após 9 dias da sua utilização. A informação por mim vinculada teve tradução, à *posteriori* no suporte teórico e bibliográfico que forneci e que contribuiu para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional da restante equipa.

Ao longo da minha atividade profissional nunca tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva por isso decidi direccionar o meu estágio para esta tipologia de doentes e centrar a minha prática de cuidados na UCIC. Essencialmente prestei cuidados a doentes submetidos a transplante hepático e rino-pancreático, com aporte de ventilação invasiva.

Esta situação consistiu para mim num enorme desafio. A instabilidade hemodinâmica era constante, a quantidade de perfusões em simultâneo elevada, a reposição de líquidos, de sangue e hemoderivados era efetuada consoante as perdas constatadas, observei as constantes alterações nos modos ventilatórios e pude proceder ao desmame ventilatório e à respetiva extubação dos doentes. Enfim, pude verdadeiramente perceber a dinâmica dos cuidados de enfermagem que envolvem o doente crítico, sem nunca esquecer que para além do fascínio da técnica, existe uma pessoa, uma família que necessitou da minha compreensão e presenças constantes.

No decorrer da minha aprendizagem partilhei com a equipa de enfermagem toda a informação que consegui obter através da minha pesquisa bibliográfica essencialmente no que se refere ao doente submetido a duplo transplante rino-pancreático, pois tratava-se do segundo doente que se encontrava sob os cuidados da equipa de enfermagem da UCIC e as dúvidas dos meus pares eram mais que muitas.

O controlo da glicemia pós transplante pancreático ou rino-pancreático consiste num importante indicador do sucesso cirúrgico e da estabilidade hemodinâmica do doente, pois a existência de estados de hiperglicémia para além de outras situações poderá sugerir a isquemia ou mesmo trombose do órgão implantado (LANE, LARSEN e MACK-SHIPMAN, 2002).

Denotei que a manutenção do novo protocolo de administração de insulina endovenosa era feita de forma pouco efetiva. Alguns membros da equipa, mais relutantes á mudança, recusavam utilizar o novo protocolo e procediam á alteração da perfusão da terapêutica consoante o protocolo antigo existente na UCIC no qual possuíam prática efetiva, enquanto que outros profissionais tentavam utilizar este novo método mas mesmo assim existiam diversas interpretações sobre a forma de o pôr em prática. Conclusão, o doente apresentava períodos de hiper e hipoglicemia constantes.

Por esta razão, e em consonância com a minha EO decidi, contactar com o serviço de endocrinologia e pedir o apoio da médica responsável pela elaboração deste mesmo protocolo. Este caso foi discutido, foram retiradas todas as dúvidas subjacentes à utilização do novo protocolo e durante 3 dias houve uma articulação cuidada entre estes dois setores. Esta informação foi por mim perpetuada em todas as passagens de turno à restante equipa. Tive

como preocupação, enquanto enfermeira especialista, tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas na minha prática de cuidados ao doente crítico bem como promover a articulação entre a equipa multidisciplinar, partilhando assim os saberes em prol do bem estar do doente.

Também tive a oportunidade de observar e auxiliar os enfermeiros da UCIC na realização de Hemodiálise Clássica e de *Prometheus* (método de diálise do fígado que permite a filtração/excreção de bilirrubina), que consistiu numa experiência nova e enriquecedora para mim ao nível técnico. Ao manipular o cateter de diálise denotei que existiam diferentes formas de heparinizar os ramos do mesmo, e que a durabilidade dos pensos que eram realizados pela equipa era curta, na medida em que algumas horas após o *terminus* da sessão via-me obrigada a refazer este penso devido à exposição dos ramos de acesso ao cateter. Curiosamente no meu serviço, tivemos o mesmo problema nos doentes do foro nefrológico a quem presto cuidados de enfermagem numa base diária, na medida em que existia um aumento da manipulação do local de inserção do cateter o que promovia o aumento do risco de infeção e o gasto com material de consumo era elevado devido às sucessivas realizações dos pensos oclusivos.

Desta forma sugeri a introdução de dois materiais inovadores, que no meu serviço tiveram bons resultados, quer a nível do controlo de infeção, quer a nível da manutenção das vias de acesso. O primeiro consistiu num penso próprio para cateteres designado por *Oper-Cath* que é composto por uma bolsa que sela efetivamente os ramos do cateter e a segunda consistiu numa solução de heparina sódica 20UI/ml de dose única (*Fibrilin*) para lavar e heparinizar cada ramo do cateter de diálise. Os colegas da unidade tiveram a oportunidade de testar estes materiais e reconheceram os seus benefícios, pelo que os mesmos foram apresentados à EC, para posterior pedido de compra para a UCI, caso exista cabimento orçamental para o ano de 2011/2012.

Uma cultura de segurança, é essencialmente, uma cultura onde todos os profissionais estão conscientes do seu papel e da sua contribuição para a organização e são responsáveis pelas consequências das suas ações. É uma cultura de responsabilidade, justa e aberta, onde os profissionais devem e podem aprender com os erros e corrigi-los.

Desta forma, todos os profissionais de saúde, aquando da sua atividade profissional, deverão estar despertos para a existência de erros e eventos adversos que consistem “num dano não intencional, por um ato cometido ou omissivo, relacionado com o tratamento mas não com a doença em si” (FRAGATA; MARTINS, 2006, p.33).

Apesar destes eventos serem inevitáveis, no processo de decisão clínica, os seus efeitos podem ser minimizados se os encararmos como “... uma forma de questionarmos internamente o sistema e identificar a suas falhas, ou seja, dar ênfase à sua natureza sinalizadora” (*opus cit.*).

Foi nesta perspetiva que encararei a minha ação e o meu olhar para todo o trabalho realizado na UCI. Detetei que a separação dos resíduos era feita de forma incorreta quer nas salas de preparação terapêutica, quer junto às unidades do doente. Observei que no saco de lixo branco encontravam-se ampolas com resíduos de medicamento, invólucros de seringas, sistemas de soros e papéis utilizados para secar as mãos, e no saco de lixo preto encontrava-se embalagens e respetivos sistemas de soros, entre outros objetos. Por sua vez, não existia contentores em número suficiente nem os sacos de lixo apropriados para poder se proceder à correta separação dos resíduos hospitalares.

Ao discutir esta situação com a EC e EO pude constatar que o hospital já havia sido multado devido a estas não conformidades relativamente à separação dos resíduos produzidos especificamente na UCI.

Feito o diagnóstico da situação, parti para a ação e identifiquei os locais onde deveriam ser colocados contentores de duplo suporte que permitissem a colocação de saco preto e branco (junto de cada unidade do doente) e realizei um poster elucidativo à correta separação dos resíduos hospitalares (ANEXO XIV), que afixei em locais estratégicos na UCI polivalente e cirúrgica.

Contudo existem alguns constrangimentos orçamentais que impedem a compra a curto prazo de suportes de dupla capacidade, apesar do baixo custo que os mesmos acarretam. Como forma de contornar este obstáculo foi colocado no centro de cada sala da UCI polivalente e cirúrgica, um suporte com um saco de lixo preto de apoio aos suportes de lixo branco que existem em cada unidade do doente, mudança esta que foi do agrado de toda a equipa de enfermagem.

Por outro lado, e após a observação do relatório do CCI pude constatar que a taxa de adesão à higienização das mãos diminuiu exponencialmente desde a última campanha realizada a nível da instituição. As razões apontadas para este facto prendem-se com o facilitismo e a falta de responsabilidade individual. O medo relativamente à contaminação com o H1N1 contribuiu para que se procedesse à higienização das mãos. Findada esta ameaça os profissionais de saúde reincidiram em comportamentos menos adequados.

O CCI decidiu reiniciar a campanha através de ações de formação aos mais diversos grupos profissionais. De forma a complementar estas ações de sensibilização, e após uma reunião com a enfermeira responsável pelo controlo de infeção do HCC, decidi contribuir para esta nova campanha através da realização de um poster relativo aos momentos em que os profissionais da UCI deverão proceder à higienização das mãos que foi colocado estrategicamente junto aos lavatórios e nas salas de trabalho (ANEXO XV). A par e passo diariamente e conjuntamente com a EO, advertia os meus pares para a importância de higienizar as mãos antes e após os mais diversos cuidados prestados ao doente crítico como medir uma PVC, ajustar as perfusões, realizar uma gasimetria ou contabilizar o volume dos drenos e da urina.

Por outro lado, a maioria dos doentes internados na UCI apresenta Cateter Venoso Central (CVC) de 3 ou 5 lúmens. O CVC “*é um sistema intravascular indispensável na prática diária da medicina moderna que permite um tratamento adequado em doentes que necessitem de intervenções terapêuticas complexas especialmente em emergência, unidades de cuidados intensivos, pós-operatórios imediatos de cirurgias complexas, ou patologias que requerem medidas terapêuticas prolongadas*” (RESENDE DA SILVA; OLIVEIRA E RAMOS, 2009, p.125).

É essencialmente utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, sangue e hemoderivados, alimentação parentérica (suporte nutricional este que não pode ser administrado com segurança através de cateteres venosos periféricos), monitorização hemodinâmica ou realização de outras técnicas de substituição renal, *Pacing*, entre outros. Na manipulação destes cateteres, o enfermeiro tem um papel sem dúvida preponderante, exigindo-se-lhe cuidados de qualidade e levados a cabo de forma criteriosa (MARTINS, J. C. 2001).

A origem das infeções relacionadas com o CVC é complexa e multifatorial, sendo as principais fontes de contaminação as “*mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados e a via hematogénea*” (RESENDE DA SILVA; OLIVEIRA E RAMOS, 2009, p.227).

No decorrer da minha prestação direta de cuidados ao doente crítico pude observar diversas formas de manipulação do CVC, bem como a substituição dos sistemas de perfusão por vezes não cumpria as normas instituídas. Tal situação deve-se muitas vezes ao elevado volume de trabalho e ao stress associado às situações de descompensação hemodinâmica, refletindo-se no facilitismo das nossas ações.

Por esta razão, decidi realizar uma auditoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem relacionada com a manipulação do CVC e respetiva substituição dos sistemas de perfusão, previamente aprovada pela chefia do serviço.

A auditoria da qualidade “*é uma metodologia que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade, que implica a identificação de problemas, a definição de medidas de melhoria, implementação destas medidas e a sua posterior avaliação*” (FRAGATA; MARTINS, 2006, p.43).

Esta auditoria de processo que decidi realizar teve como objetivos identificar desvios em relação aos padrões, normas e critérios de qualidade de cuidados emanados pelo CCI, detetar deficiências e problemas no âmbito dos cuidados passíveis de ações de melhoria e incentivar o trabalho em equipa, favorecendo a aquisição e a atualização de conhecimentos através da revisão sistemática e crítica dos cuidados.

Baseando-me nas *guidelines* construí um instrumento de auditoria interna da qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados com a manipulação do CVC e respetiva substituição

dos sistemas de perfusão (ANEXO XVI) que apliquei na UCI, com o prévio conhecimento e autorização da chefia do serviço. Esta observação decorreu sensivelmente em duas semanas e abarcou um universo de 15 doentes e 4 equipas de enfermagem distintas. Obtive os seguintes resultados:

- 70% dos enfermeiros não procede á higienização das mãos antes de manipular o CVC;
- 90% dos enfermeiros não coloca máscara de proteção antes de iniciar a realização do penso ao CVC;
- Não se observou a realização da desinfeção com solução alcoólica ou álcool a 70º das zonas de conexão do CVC;
- Foram observados sistemas de perfusão de propofol conectados ao CVC com cerca de 24h de utilização, quando o indicado são no máximo as 12h de utilização.

Partilhei com a equipa o resultado das minhas observações, no decorrer de uma passagem de turno. Inicialmente houve uma certa surpresa quanto aos valores apresentados. Contudo reconheceram por exemplo, que a assépsia necessária à realização do penso do local de inserção do CVC era comprometida quando não se procedia à colocação da máscara de proteção.

Por forma a maximizar as intervenções relativas à prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica possuidora de CVC e facultar à equipa de enfermagem informação clara, objetiva, criteriosa, bem como normas de atuação estandardizadas, realizei um procedimento relativo à Manipulação do CVC (ANEXO XVII) e outro relativo à Substituição dos Sistemas de Perfusão do CVC (ANEXO XVIII), que após aprovação da chefia deverão ser introduzidos no Manual de Técnicas e Procedimentos que se encontra a ser realizado na UCI e que será apresentado formalmente a toda a equipa de enfermagem.

Como competências específicas adquiridas no decorrer destas atividades, tive a oportunidade de identificar através de uma análise crítica as principais situações de risco clínico presentes na UCI e através de evidência científica e da minha ação direta, garantir a adoção e utilização correta do material disponível, contribuindo para a promoção de medidas universais de controlo de infeção hospitalar, zelando assim pela qualidade dos cuidados prestados na UCI.

Por outro lado, o CUIDAR na UCI pressupõe *“prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos e espirituais de quem precisa, para além dos exigidos pela doença em si”* (PACHECO, 2002, p.28).

Ao lidar com doentes em estado crítico, os enfermeiros podem muitas vezes tornar-se excessivamente dependentes da tecnologia descurando assim os cuidados que visam o doente como pessoa, como um todo, com características e contextos próprios.

“O cuidado de enfermagem pode ser e é, físico, processual, objetivo e real, mas no mais alto nível de enfermagem, as respostas do cuidado humano dos enfermeiros transcendem o mundo físico e material...e fazem contacto com o mundo emocional e subjetivo da pessoa” (WATSON, 2002, p. 50).

Ao considerarmos os doentes como um todo, estes não podem ser tratados como indivíduos isolados, mas devem sim ser visualizados como fazendo parte de uma unidade familiar complexa e poderosa, pois é na família que o indivíduo adquire os valores para crescer e se desenvolver adequadamente para, mais tarde, conseguir integrar-se numa sociedade e obter a realização pessoal e afetiva.

Contudo, em certas situações não é a família que desempenha o papel primordial na satisfação das necessidades do indivíduo mas sim uma pessoa significativa que consiste num elemento com quem o indivíduo mantém muitas vezes ligações mais importantes do que as que mantém com os membros da sua família.

*“A doença de um indivíduo pode originar uma crise familiar e o modo como esta família se adapta pode afetar o doente e o prognóstico da sua doença. Os parentes têm por tanto, um papel importante a desempenhar na determinação do curso e possíveis consequências do desenrolar da doença, o que representa uma sobrecarga para a família”* (GIBBON cit Martins, 2000, p.130).

Numa fase inicial, a família experiencia o choque, a descrença perante a situação em que se encontra. Esta situação pode conduzir a uma crise familiar, principalmente se houver mau prognóstico da situação. Por outro lado, quando a doença implica internamento, existe um afastamento do doente em relação ao ambiente familiar, provocando na família dúvidas, uma sensação de falta de controlo e de desamparo (*opus cit.*).

Ao deparar-se com um familiar doente e por forma a contribuir para a sua recuperação, a família tem, muitas vezes, a necessidade de ser integrada nos cuidados prestados ao doente, dando continuidade à sua função, que é o de manter a saúde no seio familiar.

A integração da família na prestação dos cuidados, diz respeito ao seu envolvimento no cuidar do doente, é tornar a família como parte integrante dos cuidados que são prestados ao doente, sejam cuidados físicos diretos, sejam cuidados afetivos ou psicológicos.

Por essa razão e após uma reunião com o elemento impulsionador do “*Grupo de Ética e de Cuidar em Família*” da UCI, decidi realizar o Guia de Conforto (ANEXO XIX) que consiste num instrumento a ser entregue aos cuidadores principais dos doentes internados na UCI e submetidos a ventilação invasiva, por forma a tornar os momentos de visita mais úteis e ativos, tendo sempre em conta a vontade do doente e as limitações individuais de cada familiar. Pretende-se estimular a participação dos familiares nos cuidados diários de higiene á boca, promoção da distração através da leitura presenciada, recomenda-se a comunicação verbal, ventilação de sentimentos e a promoção do toque e do conforto através da massagem dos pés

e das mãos, pois “envolver os parentes no planeamento ou nas próprias atuações a nível de enfermagem permite-lhes sentir que estão a fazer alguma coisa de positivo e reforça o papel de grande valor que os parentes têm na recuperação do doente” (GIBBON *cit* Martins, 2000, p.132).

A entrega deste guia de conforto pressupõe que o enfermeiro que faz o acolhimento da família à UCI seja considerado enfermeiro de referência. Por outro lado, esta relação de proximidade e de confiança só se constrói numa base de acompanhamento diário da situação.

Houve uma situação que recorro com agrado. Pude trabalhar lado a lado com a família de um doente com ELA, que nesta fase da sua doença já havia sido submetido a ventilação invasiva e sem capacidade de comunicar verbalmente. No decorrer dos cuidados de conforto que antecipavam a hora do lanche, inicialmente a esposa aguardava que a equipa de enfermagem posicionasse o seu marido e o ajudasse a comer a papa que lhe era fornecida. Contudo observava atentamente os nossos movimentos, a nossa postura, a atenção dispendida com o seu marido e o material que utilizávamos.

Após a leitura deste guia e alguns dias de internamento, timidamente aplicava um toque suave nas mãos do marido com o creme hidratante que existia na unidade e devidamente acompanhada por mim tentou dar a papa por duas vezes. Sentia na nossa presença um conforto, uma segurança diferente. Esta relação de confiança estabelecida facilitou a integração da esposa nos cuidados. Ou seja, existia vontade e desejo de prestar cuidados ao seu marido mas o receio e medo inicial só foram ultrapassados através da facultação de informação adequada, de fácil leitura e apreensão (guia de conforto) e da capacidade do enfermeiro prestar cuidados e respeitar as suas limitações e *o seu próprio tempo*.

Por outro lado a comunicação verbal com doentes submetidos a ventilação invasiva, muitas vezes exige a utilização de uma linguagem não verbal e de estratégias facilitadoras da comunicação. Esta foi uma aprendizagem que tive de realizar no decorrer deste estágio. Quando a linguagem verbal não pode ser o veículo de informação tive de recorrer a gestos, á utilização de papel e caneta, utilizei frases curtas com pouca informação que exigiam respostas dicotómicas que podiam ser visualizadas com os movimentos da cabeça e por duas vezes utilizei um quadro que era composto por imagens ilustrativas das necessidades mais frequentes dos utentes.

Para o sucesso das minhas ações em muito contribuiu a relação de confiança e empatia que consegui estabelecer com os doentes, a minha perseverança perante os obstáculos pois considero que, para prestar cuidados de enfermagem de excelência é necessário comunicar de forma eficaz e positiva, de forma a estabelecer uma relação terapêutica, com respeito pelas crenças e valores dos doentes/família, promovendo uma parceria na resolução dos problemas de saúde, garantindo a manutenção da privacidade e da confidencialidade da informação obtida.

Relativamente às necessidades sentidas pelos cuidadores informais dos doentes internados na UCI, estes referem ter necessidade de saber o diagnóstico, prognóstico e os tratamentos a prosseguir e tem dúvidas relativamente ao ambiente que rodeia o seu familiar na unidade, ficando impressionados com o aparato tecnológico e os equipamentos utilizados (seringas infusoras, os ventiladores e os monitores cardíacos). Por esta razão, decidi realizar um poster de acolhimento para a família (ANEXO XX) que foi colocado na sala de visitas e à entrada da sala da unidade cirúrgica e polivalente e que preconiza, o funcionamento do serviço e que tipo de ambiente poderá encontrar, informações estas que serão posteriormente reforçadas pela equipa de enfermagem aquando da entrega do guia de acolhimento ao serviço na admissão do doente.

Por outro lado, e de forma a promover a diminuição da ansiedade e suplantar as necessidades de informação a que os cuidadores informais/pessoas significativas possuem, é necessário que a equipa de saúde envolva a família no cuidado ao doente durante o internamento, o que exige uma mudança de atitudes, sobretudo no considerar a família como recetora de cuidados.

Um instrumento válido que promove a comunicação entre todos os intervenientes prende-se com a utilização das conferências familiares estruturadas. Por essa razão, e mobilizando conhecimentos que adquiri no módulo de estágio opcional (em cuidados paliativos), expliquei no decorrer das passagens de turno como poderíamos utilizar esta técnica de comunicação, e criei uma folha de registo da informação tratada nestas conferências (ANEXO XXI).

Certamente que em situações de crise familiar, situações dilemáticas ou de prognóstico reservado esta metodologia poderá ser muito benéfica para esta equipa. Contudo estas conferências familiares não deverão ser realizadas exclusivamente em situações “*de crise*”, estimulando-se uma abordagem proactiva e preventiva.

Pude testar esta técnica de comunicação com a família de um doente que havia realizado um transplante hepático recente, que apresentava uma suspeita de infeção nasocomial. Nesta conferência familiar participaram a filha e a esposa do doente, o médico assistente e a minha EO. Esta conferência realizou-se na biblioteca da UCI e durou cerca de 30 minutos.

Diversos foram os assuntos abordados. Primeiro os aspetos do prognóstico clínico do doente foram discutidos, na medida em que o doente apresentava uma febre mantida e o aumento dos parâmetros inflamatórios que colocavam em risco a evolução positiva deste transplante. De seguida a esposa verbalizou que dificilmente o marido iria compreender que teria, para toda a vida de cumprir um esquema terapêutico apertado. Foi explicada a importância da manutenção da toma da terapêutica imunossupressora e foi identificada a esposa como sendo a pessoa de referência que no domicílio irá garantir e facilitar a toma desta terapêutica.

Esta foi uma experiência tímida da nossa parte, mas cujos resultados puderam ajudar a equipa de enfermagem a perceber um problema que nesta fase não iria ser perceptível. Desta forma pudemos precocemente iniciar um trabalho, quer com o doente quer com a família, a nível da adesão terapêutica, que deverá ser reforçado e mantido após a transferência

deste doente para a enfermaria de cirurgia e por outro lado denotou-se a diminuição dos níveis de ansiedade destes familiares pois sentiram-se acompanhados e valorizados por todos os profissionais de saúde que assistem o seu familiar.

No decorrer do meu estágio e por uma limitação de tempo não tive a oportunidade de utilizar mais vezes esta técnica de comunicação, e de promover estes momentos acompanhados por outros elementos da equipa da UCI. Ficaram os instrumentos (artigos científicos de suporte e um dossier com as folhas de registos) e a experiência realizada como exemplo que podemos sempre fazer mais e melhor.

Por outro lado, pude observar que a equipa de enfermagem que compõem a UCI do HCC não possui um conhecimento efetivo acerca dos mecanismos de referenciação para a rede de cuidados continuados e que acredita mesmo que este trabalho deverá ser realizado aquando da transferência do doente para a enfermaria. Desta forma muito tempo se perde na preparação efetiva da alta do doente. Esta situação promove o aumento da ansiedade dos familiares que desconhecem as respostas comunitárias que poderão auxiliar no cuidar do doente cujo grau de dependência se agravou.

Esta situação foi vivenciada por mim, quando prestei cuidados a um doente internado na UCIP. Em internamentos anteriores no serviço de medicina o doente havia sido referenciado para a rede de cuidados continuados, aguardando o ingresso numa unidade de longa duração, devido ao evoluir da cronicidade da sua doença. Esta referenciação havia sido feita há cerca de 3 anos quando o doente devido ao quadro respiratório estava submetido a ventilação não invasiva (BIPAP) e era cuidado pela esposa no domicílio. Durante o internamento atual na UCIP esta recebeu um telefonema que garantia uma vaga para o seu marido, numa nova unidade de cuidados continuados que iria abrir no Montijo.

Aqui surgiram problemas distintos: a esposa contactou a assistente social para saber a data da transferência e como é que havia de se processar esta nova situação de internamento, sem nunca referir que o doente se encontrava totalmente dependente e de forma permanente de um ventilador devido à evolução da sua situação clínica, o que fazia com que a informação que existia na referenciação para a rede de cuidados continuados se encontrasse desatualizada. Por outro lado, quando abordou a equipa de enfermagem da unidade relativamente a esta situação demonstrou-se muito reticente quanto à transferência. Prontamente recebeu apoio e a certeza de que a equipa quer de enfermagem, quer médica estariam dispostas, lado a lado a realizar uma visita prévia à nova unidade por forma a garantir que todas as condições quer materiais quer humanas estariam reunidas para que se pudesse cuidar de um doente submetido a ventilação invasiva.

Contudo todos os elementos desta UCI desconheciam o facto de que um dos critérios de exclusão para o ingresso nestas unidades da rede era precisamente o facto dos doentes se encontrarem submetidos a ventilação invasiva. O que inicialmente seria uma atitude promotora de um cuidar de excelência que prima pelo apoio, proteção e acompanhamento da família,

acabou por se tornar numa episódio caricato que demonstrou a todos uma das fragilidades deste mesmo cuidar.

No meu contexto de trabalho sou responsável por referenciar os doentes que necessitam do apoio da rede de cuidados continuados à equipa de gestão de altas do meu hospital, e estou bastante familiarizada com os critérios de inclusão na mesma.

Por essa razão, preparei um dossier com toda a informação disponível (legislação integradora, os tipos e as tipologias das unidades da rede, uma listagem de todas as unidades de Lisboa e Vale do Tejo com os contactos e as pessoas de referência, as folhas de registo e de referência para a rede) e apresentei á enfermeira responsável da UCI Polivalente e UCI Cirúrgica que numa primeira fase serão as responsáveis por iniciar os processos de referência da UCI do HCC, e à restante equipa no decorrer das passagens de turno de forma clara e objetiva, expliquei em linhas gerais os critérios mais relevantes para os futuros processos de referência, bem como a apresentação da informação contida no dossier por mim elaborado.

Como competências específicas adquiridas no decorrer destas atividades, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos acerca das técnicas de comunicação mais adequadas para lidar com o doente crítico submetido a ventilação invasiva. Estimulei a parceria efetiva de cuidados, através da integração da família no cuidar do doente internado na UCI com o guia do conforto e mobilizei conhecimentos da minha prática clínica para realizar o dossier da família onde consta os mecanismos de referência para a rede de cuidados continuados, informações estas que poderão ser muito úteis neste contexto de trabalho.

## **2 - CONCLUSÃO**

Ao finalizar o meu percurso académico, torna-se premente realizar um balanço final de todo caminho percorrido. O plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla uma componente teórica e uma componente prática através da realização de um estágio dividido em três módulos (Urgência/Emergência, Cuidados Intensivos e uma área Opcional), utilizando a metodologia do trabalho projeto.

Para a prossecução dos meus objetivos e aquisição de novas competências, em muito contribuíram todos os conhecimentos adquiridos na minha formação inicial e desenvolvidos com a formação contínua e pós-graduada; a experiência e a mobilização de saberes profissionais já anteriormente adquiridos na prática de cuidados diária; e características pessoais e inatas que me caracterizam como enfermeira e pessoa (perseverança, capacidade de observação e a proactividade).

Iniciei esta caminhada com o intuito de melhorar a minha capacidade de resposta às necessidades dos cidadãos ao longo do ciclo de vida, que só poderia ser alcançada com a realização de uma especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro) o Enfermeiro Especialista é: *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ... a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*, onde as competências específicas adquiridas permitam que o enfermeiro possua um nível de intuição, abstração, rigor científico, e capacidade de identificação de problemas mais vincado.

Logo a competência é o resultado de um conjunto de conhecimentos, de capacidades de ação e de comportamentos estruturados, em função de uma determinada finalidade e para atuar num dado tipo de situação ou contexto de trabalho (REIS, 2004).

Posto isto, as atividades desenvolvidas nestes módulos de estágio tiveram como denominador comum o *“Desenvolver de competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da prestação de cuidados ao doente crítico e/ou em fim de vida e sua família”*, tendo em conta essencialmente duas áreas de saber: a parceria de cuidados (entre a equipa de saúde e os cuidadores informais) e a segurança do doente.

Por outro lado, ao longo dos estágios que realizei no decorrer da componente prática do presente curso de mestrado, consegui obter um nível de conhecimentos e habilidades mais profundo que me permitiu prestar cuidados de enfermagem de excelência ao utente e família e desenvolver consciência crítica e capacidade de resolução de problemas nas mais diversas áreas de cuidados. Deste modo, e indo ao encontro do projeto profissional por mim traçado, pretendi adquirir e consolidar competências que me permitiram essencialmente:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de Urgência/Emergência;
- Incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao cliente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas;
- Desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Identificar necessidades formativas dos profissionais de saúde na área do apoio à família do doente em fim de vida, promovendo a formação em serviço.

Analisando os locais de estágio que escolhi (SU do HCC; UCCP do HL e UCI do HCC), creio que são serviços que me permitiram desenvolver as competências acima mencionadas e preconizadas pela UCP com vista à obtenção do grau de enfermeiro especialista, na medida em que possuem tradição na área da formação, qualidade na prestação de cuidados e recursos humanos dispostos a investir, ensinar e proporcionar as mais diversas oportunidades de aprendizagem. Contudo devo ressaltar a importância de ter tido como EO da prática 2 enfermeiros especialistas, um na área de reabilitação e outro na área de enfermagem médico-cirúrgica. Esta situação consistiu numa mais valia para o meu desenvolvimento pessoal na medida em que os momentos de reflexão crítica das práticas eram efetivos, e a preocupação deste momento de aprendizagem não residia essencialmente no *Saber-Fazer* mas sim numa visão mais holística do cuidar de enfermagem.

Por outro lado, denoto que muito do trabalho e dos projetos desenvolvidos por alunos de estágios anteriores não tem tido continuidade após o *terminus* das práticas clínicas. Reconheço que ter alunos em estágio requer um esforço acrescido por parte destes contextos de trabalho onde os recursos humanos nem sempre são os suficientes para garantir a prestação de cuidados e para colocar em prática os projetos de melhoria da qualidade apresentados, situação esta que foi visível no meu estágio no SU e UCI no HCC. Logo, a minha preocupação foi de adequar o meu projeto individual às necessidades dos serviços onde estagiei.

Esta situação foi visível no trabalho que realizei por exemplo em prol da parceria de cuidados com a realização do guia de conforto na UCI, e o poster/guia de acolhimento do doente internado no SO do HCC, e na segurança do utente com a realização da sessão formativa acerca dos momentos indicados para se proceder à higienização das mãos, correta

identificação dos utentes admitidos no SU, na auditoria da qualidade realizada aos cuidados de enfermagem no que se prende com a manipulação do CVC e substituição dos sistemas de perfusão na UCI e dos poster de separação de resíduos hospitalares e higienização das mãos na UCI.

A ponte entre o meu contexto de trabalho e os locais de estágio foi uma constante, sendo esta mobilização mais rica pelo facto de ter tido a oportunidade de realizar os meus estágios em instituições com realidades distintas do HFF onde exerço a minha atividade profissional. Tive a oportunidade de conhecer outros métodos de trabalho, outros olhares sobre a profissão e outras áreas de prestação de cuidados, pois sem dúvida que a cultura organizacional exerce uma forte pressão sobre os seus recursos, moldando atitudes e posturas.

Um enfermeiro especialista deve ter a capacidade de analisar, refletir e intervir em cada situação, promovendo o bem-estar do doente e família e, ao mesmo tempo, promover a aprendizagem e crescimento da equipa onde se insere. Foi imbuída deste espírito que mobilizei conhecimentos da minha prática de cuidados diária e intervi com sucesso na formação e integração de novos profissionais no SU através da participação no curso de eletrocardiografia, na realização de um instrumento de consulta rápida (régua) e na reflexão das atitudes do dia a dia. A outro nível de saber, na UCI promovi com sucesso uma atualização do saber deste enfermeiros relativamente à manipulação do CVC, aos cuidados a instituir nas situações de transplante rino-pancreático e demonstrei a necessidade imperiosa de proceder ao planeamento da alta logo no início do internamento, utilizando para tal um instrumento de comunicação específico para identificar as necessidades dos doentes e família e o plano de referenciação para a RNCC.

A realização desta especialidade em enfermagem médico-cirúrgica não só contribuiu para a aquisição e aperfeiçoamento de competências clínicas (ex: nível da ventilação mecânica), mas também contribuiu para o desenvolvimento de capacidades a nível da gestão de emoções face ao sofrimento do doente/família. Inicialmente tive alguma dificuldade em estabelecer uma comunicação eficiente com o doente em fim de vida, na medida em que o sofrimento do outro causava internamente em mim um pesar, que se traduzia numa dificuldade em conseguir incutir no meu cuidar a esperança.

Para ultrapassar esta dificuldade recorri à aprendizagem de técnicas específicas de comunicação como os dedos cruzados, os tiros de aviso e à conferencia familiar, contributos estes que posteriormente foram desenvolvidos e aplicados no meu contexto de trabalho e no estágio referente aos cuidados intensivos. Por outro lado, iniciei um trabalho de auto conhecimento e de reflexão pessoal e interpessoal, onde intervieram o EO, a professora tutora, amigos e outros pares que deverá ser continuado após o fim deste curso de especialização.

Devo referir que para a prossecução dos objetivos por mim traçados e para aquisição das competências específicas, em muito contribuiu as reuniões de tutoria quer individuais, quer em grupo, e a realização do portefólio que permitiu documentar, apoiar e estruturar a minha aprendizagem e de fornecer um referencial teórico e duradouro que possa ser partilhado e

consultado, metodologias estas de trabalho que deverão ser estimuladas e mantidas em cursos futuros.

Por outro lado sugiro que para a realização do projeto inicial, o formando deva conhecer, ainda que brevemente o contexto de estágio onde pretende realizar a sua prática clínica. Para tal sugiro que seja incluído no plano de estudos, na fase curricular, horas específicas para a observação e visitas dos campos de estágio. Esta medida poderia contribuir para uma maior rentabilização do tempo de estágio que é curto (180h) e para uma integração mais célere no serviço aquando da realização do estágio propriamente dito, fazendo com que os projetos delineados fossem de encontro às necessidades, quer individuais do formando quer do próprio serviço.

Contudo, e por todos os aspetos que referi ao longo deste relatório, penso que as atividades desenvolvidas foram de encontro aos objetivos delineados, no projeto de estágio e às competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. Assim sendo, acredito que nesta fase do meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, as experiências aqui vivenciadas me permitirão no futuro estar apta a prestar cuidados de excelência ao doente crítico e sua família, e ser um elemento que promova no meu serviço a excelência do cuidar e uma influência positiva perante os meus pares.

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES (AACN) - **Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures**. [Em linha] Atual. outubro de 2010. [Consult. 6 de outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PracticeAlerts/Family%20Presence%2004-2010%20final.pdf>>.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (ACEP) – **Family Member Presence in the Emergency Department**. [Em linha] Atual. outubro de 2010. [Consult. 6 outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.acep.org/PrintFriendly.aspx?id>>.
- ANDRADE, Carmém – Transição para Prestador de Cuidados: Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem. **Pensar em Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. 13:1 (1º semestre de 2009), p.61-71.
- BARBOSA, António - Pensar o morrer nos cuidados de saúde. **Análise Social**. Lisboa. ISSN 0003-2573. Volume XXXVIII (2003), p.166.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2005. 262 p. ISBN989-558-052-5.
- BRITO, Maria N.; FONSECA, Joyce F.D. – Terapias Complementares como técnicas adjuvantes no controlo da dor oncológica. **Revista Saúde e Pesquisa**. ISSN 1983-1870. Vol.2. nº 3. (Setembro-Dezembro 2009). p. 387-395.
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO (CPN) - **Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council**. [Em linha] Atual. novembro de 2009. [Consult. 2 novembro de 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>>.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM, Ordem dos Enfermeiros – **MDP – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. [Em linha] Atual. dezembro de 2009. [Consult. 2 março de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno\\_Tematico\\_MDP\\_Sist\\_Ind\\_Espec\\_Cl\\_nicas\\_em\\_Enf\\_magem\\_versao\\_final\\_novo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_MDP_Sist_Ind_Espec_Cl_nicas_em_Enf_magem_versao_final_novo.pdf)>.

- CONSELHO DE ENFERMAGEM, Ordem dos Enfermeiros – **MDP – Fundamentos, processos e instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Certificação de Competências** [Em linha] Atual. janeiro de 2010. [Consult. 2 março de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno\\_Tematico\\_Sist\\_Certif\\_Competencias\\_vf\\_novo.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/CadernosTematicosMDPFev2010/Caderno_Tematico_Sist_Certif_Competencias_vf_novo.pdf)>.
  
- DECRETO-LEI n.º 437/91. **D.R. I Série** 257 (1991-11-08) 5723-5741.
  
- DECRETO-LEI n.º 161/96. **D.R. I Série** 205 (1996-09-04) 2959-2962.
  
- DECRETO-LEI n.º 21/10. **D.R. I Série** 58 (2010-03-24) 925-926.
  
- DEPARTMENT OF HEALTH, HEALTH PROTECTION AGENCY - ***Clostridium difficile* infection: How to deal with the problem**. Best Practice Guidance, dezembro de 2008.
  
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Infeção por *Clostridium difficile*. Divisão de Segurança do Doente, maio de 2009.
  
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Direção de Serviços de Planeamento: Reorganização da rede hospitalar de urgência/emergência**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001. 24 p. ISBN 972-9425-99-X.
  
- EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA) - **Family Presence At The Bedside during Invasive Procedure and Cardiopulmonary Resuscitation**. [Em linha] Atual. outubro de 2010. [Consult. 6 de outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://schedule.adzima.net/pdf/ENA/Family\\_Presence\\_-\\_ENA\\_PS.pdf](http://schedule.adzima.net/pdf/ENA/Family_Presence_-_ENA_PS.pdf)>.
  
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís - **O Erro em Medicina: perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2006. 327p. ISBN 972-40-2347-8.
  
- FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. – CUIDE (cuidadores de idosos na Europa) – Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados. **Geriatrics**. Ano 15. Vol.15. Nº144. ISBN 0871-5386. 2002. p. 15-19.
  
- HOSPITAL CURRY CABRAL (Site Institucional) – **Guia do Utente**. [Em linha] Atual. janeiro de 2011. [Consult. 24 de outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hccabral.min-saude.pt>>.
  
- HOSPITAL DA LUZ (Site Institucional) [Em linha] Atual. janeiro de 2011. [Consult. 12 janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigoid=50>>.

- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist**. [em linha]. Geneva: ICN, 2009 [consult. 2009-12-13]. Disponível em WWW: URL: <http://www.epda.eu.com/pdfs/projects/PDNS%20Core%20Competencies/Nurse%20Specialist%20Compet%20FINAL-ENG.pdf>>.
- LAGDMAN, Ruth [et al.] – Acute Inpatient Palliative Medicine in a cancer center: Clinical problems and Medical Interventions – A perspective study. **American Journal of Hospice**. ISSN: 1938-2715. Vol.24. n.º 1. (Fevereiro-Março 2003). p. 43-55.
- LANE, James; LARSEN, Jennifer; MACK-SHIPMAN, Lynn – Pancreas and Kidney Transplantation. **Journal of Current Diabetes Reports**. Nebraska. ISSN 1534-4827. Vol.2. p.359-364.
- LEI n.º 33/2009. **D.R. I Série** 134 (2009-07-14) 4476.
- LEI n.º 111/09. **D.R. I Série** 180 (2009-09-16) 6528-6550.
- LEWIS, Charles R. [et al.] - Integrating complementary and alternative medicine (CAM) into standard hospice and palliative care. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** ISSN 1049-9091. Vol.20. n.º 3. (Maio-Junho 2003). p. 221-228.
- MARTINS, C. R. E. A. - A família e a hospitalização: A participação da família no cuidar. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. VOL.3, n.º48, (2000). p. 133-135.
- MARTINS, J. C. – Cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central. **Referência**. Lisboa. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 7 (2001), p.73-76.
- MORAES, Tania Mara – Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. ISSN 0104-7809. N.33 (2). (2009). p. 231-238.
- NAVALHAS, José Cassiano - Qual o local privilegiado para a prestação de cuidados a doentes terminais? – Uma Perspetiva Global. In NEVES, Chantal [et al] – **Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais**. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde, 2000. p. 57-70.
- NETO, Isabel Galriça – Utilização da via subcutânea na prática clínica. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Lisboa, ISSN 0873-2167 Vol.15 (2008), p.277-283.
- NETO, Isabel Galriça – A conferência familiar como instrumento de apoio á família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa, ISSN 0870-7103 Vol.19 (2003), p.68-74.
- NETO, Isabel Galriça; BARBOSA, António – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: 2ª Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. 814p. ISBN 978-972-93-4922-5.

- NUNES, Lucília; Amaral, Manuela; Gonçalves, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 972-99646-0-2. (2005), p. 154.
- ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doentes Críticos: Recomendações** [Em linha]. Centro editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008, atual. 2008. [Consult. 9 janeiro de 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.spci.pt/documentos/?imr=11&imc=11n&fmo=ver&id=17>>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **WHO Definition of Palliative Care** [Em linha]. Atual. WHO. 2003. [consultado a 30 de janeiro de 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>>.
- PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética**. Loures: Lusociência, 2002. 155 p. ISBN 972-603-273.3.
- PAIVA E SILVA, Abel – Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.55, n.º 1-2 (Janeiro-Abril 2007), p.11-20.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (coord.) – **Para uma ética de enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 145 p. ISBN 972-603-326-8.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência. 2005. 633 p. ISBN: 972-8383-34-3.
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PNCI) – **Recomendações para as precauções de isolamento: precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão**. [Em linha] Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Programa Nacional de Controlo de Infecção. [Consult. outubro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008545.pdf>>.
- REIS, Vasco Pinto – Gestão em Saúde *in* Universidade Nova de Lisboa/Escola Nacional de Saúde Pública. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. ISSN 0870-9025. Vol.22, nº1 (janeiro - junho 2004). p.7-17.
- RESENDE da SILVA, Andrea Joana; OLIVEIRA, Francisco Miguel Dias; RAMOS, Maria Emília Pereira - Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. **Revista Referência**. ISSN 0874-0283. II série, n.º 11 (dezembro de 2009), p.125-134.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP): INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE: ENFERMAGEM – **Mestrado em Enfermagem de natureza profissional: Regulamento Geral**. Lisboa: UCP, 2009. 14 p.
- VICENTE, Celma - Cuidadoras informales en el medio hospitalario. **ROL Enfermería** Barcelona. ISSN 0210-5020. 24 (7-8), (2001), p. 503-511.
- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência**. Lisboa. Universidade Católica Editora. 2009. 155 p. ISBN 978-972-54-0195-8.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures. Lusociência. 2002. 182 p. ISBN 972-8383-33-9.
- YUSUF, Salim [et al.] – Comparison of Fondaparinux and Enoxaparin in Acute Coronary Syndromes. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts. ISSN 0028-4793. (março de 2006), p. 1464-1476.

#### 4 - ANEXOS

**ANEXO I**

**Formulário de observação do *World Alliance for Patient Safety*  
subordinado ao tema da Higienização das Mãos**



## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

<b>ARS</b>			<b>Cidade</b>			<b>Código do Hospital</b>					
<b>Observador</b>						<b>Período Nº.</b>		<b>Serviço/Departamento</b>			
Data (dd.mm.aaaa)						<b>Sessão Nº.</b>		<b>Enfermaria</b>			
Hora de início/fim (hh:mm)						<b>Formulár. Nº.</b>					
Duração da sessão (mm)											
<b>Cat. Profissional</b> Código Número			<b>Cat. Profissional</b> Código Número			<b>Cat. Profissional</b> Código Número			<b>Cat. Profissional</b> Código Número		
<b>Op</b>	<b>Indicações</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicações</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicações</b>	<b>Ação</b>	<b>Op</b>	<b>Indicações</b>	<b>Ação</b>
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

**ANEXO II**

**Sessão Formativa: "Higienizar as Mãos - Porquê?"**



# Higienizar as Mãos Porquê?

Formadoras: Enf.ª Catarina Alves  
Unidade de Cuidados de Saúde Primários  
Alameda da Universidade - Faculdade de Medicina  
Universidade Nova de Lisboa

Orientadora: Prof.ª Marques da Gama  
Orientadora de estágio: Enf.ª Maria Duarte  
Em colaboração com: Enf.ª Helena Cadima

Novembro 2010

## PLANO DA SESSÃO

- A Equipa de Saúde do SU do HCC
- Prevenção e Controlo da Infecção nos Cuidados de Saúde
- Modos de Transmissão
- 5 Momentos da Higiene das Mãos
- Utilização da Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA)
- Técnica da Lavagem das Mãos

## A Equipa de Saúde do SU do HCC

- Local: Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral;
- Observação foi realizada nos dias 16 e 20 de Outubro;
- Grupo profissional a quem se destinou a observação: Assistentes Operacionais;
- Foram realizadas conversas informais;
- Aplicação de um Formulário de Observação.



## A Equipa de Saúde do SU do HCC

### Formulário de Observação

Cat. Profissional Código Número		
Cp	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Azup <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção <input type="checkbox"/> Anti-esp <input type="checkbox"/> Lavagueti <input type="radio"/> Não realizado

## A Equipa de Saúde do SU do HCC

### Diagnóstico da Situação

- 85% das Assistentes Operacionais desconhecem quais os momentos em que se deve realizar a Higienização das mãos;
- Cerca de 70% das Assistentes Operacionais Higieniza as mãos somente quando sujeita à inspeção e manuseamento de fluidos orgânicos (vómitos, fezes, urina);
- O Ambiente do doente não é considerado pela maioria das Assistentes Operacionais como um local de possível transmissão de infeção;
- A Higienização das Mãos é mais comprometida nas Salas de Internadas Mulheres/Homens e no Corredor;
- Somente 1 Assistente Operacional utilizou a Solução Alcohólica de Base Alcoolica (SABA), no decorrer desta observação.

## PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

### CONTAMINAÇÃO

É a presença de um microrganismo de forma transitória à superfície de um corpo (ex. mãos) ou em objectos transmitidos.



### COLONIZAÇÃO

Presença e multiplicação de microrganismos nos tecidos da hospitalara sem causar resposta clínica ou imunológica. Por vezes precede a infeção.



**INFEÇÃO** – multiplicação de microrganismos nos tecidos e fluidos orgânicos, com manifestações clínicas adversas.

**INFLAMAÇÃO** - "TUBOBI, CALOR, TUMOR, DOR"; reação dos tecidos a uma lesão ou estímulo anormal (físico, químico ou biológico).

## PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

### INFEÇÃO NOSOCOMIAL

- Também designada por infeção hospitalar, é uma infeção adquirida e mantida durante o internamento que não estava presente ou em período de incubação no momento da admissão do doente no hospital, podendo manifestar-se após a alta.
- Aplica-se também à infeção adquirida pelos profissionais no âmbito da sua actividade, assim como por outros indivíduos que têm a algum contacto com o hospital.
- As infeções que ocorrem **de horas após a admissão** são, geralmente, consideradas nosocomiais.



associação

hospital

## PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

### INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS)

Infeção adquirida pelos doentes, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados pelos profissionais de saúde, durante o exercício da sua actividade.

- Esta definição é mais abrangente e engloba os cuidados de saúde primários, centros de saúde, clínicas, consultórios, cuidados domiciliários, lares de idosos...



## PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

### Infecção Hospitalar

5 a 10% dos doentes hospitalizados adquirem uma infecção hospitalar

Mais factores de risco



Proteção dos doentes/familiares e profissionais

O que é necessário para que haja transmissão de agentes infecciosos dentro de um estabelecimento de saúde?

### MODO DE TRANSMISSÃO DO AGENTE

#### FONTE (Onde se encontra o agente infeccioso)

Ex: Nosocomiais (transmitidos no Ambiente Hospitalar) e Residuais (transmitidos através de superfícies, mobiliário, vestes, pessoal de limpeza...)



#### HOSPEDEIRO SUSCEPTIVEL (QUEM PODE CONTRAIR A DOENÇA)

Ex: Factores que aumentam a susceptibilidade à infecção: idade, doença de base (cancer, SIDA, diabetes), procedimentos invasivos (cateteres e sondas nasotraqueais), uso de antibióticos, transfusões de sangue, tratamentos de quimioterapia, drogas e stressamento.



## MODOS DE TRANSMISSÃO

### TRANSMISSÃO POR CONTACTO DIRECTO

• Ocorre quando os microrganismos são transferidos de uma pessoa infectada para outra, sem um objecto intermédio contaminado ou uma pessoa.

-Sangue ou um fluido corporal de um doente que entra em contacto com a pele e as mucosas do profissional de saúde;

Ex: Hepatite A  
Saram, Políus,  
Herpes Simplex  
Cytomegalovírus

### TRANSMISSÃO POR CONTACTO INDIRECTO

• Envolve a transferência de um agente infeccioso através de um objecto intermédio contaminado ou uma pessoa.

- Acções de um profissional ou de outras pessoas como procedimentos de protecção individual podem transmitir agentes patogénicos, depois de tocar um local do corpo de um doente infectado ou colonizado;

Ex: Instrumentos que não são adequadamente lavados antes dos processos de esterilização ou desinfecção

## MODOS DE TRANSMISSÃO

### TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

- É uma forma de transmissão por contacto, em que os agentes infecciosos são transmitidos por gotículas respiratórias carregadas de agentes patogénicos de um doente infectado através da fala, da tosse, do espirro, ou durante a excussão de procedimentos tais como aspiração de secreções, reanimação cardio-pulmonar, entre outros, para uma superfície mucosa de um determinado receptor (mucosa nasal, conjuntiva, bucal);
- Não permanecem em suspensão no ar e são geralmente disseminadas a distâncias inferiores a 1 metro;
- Gotículas de maiores dimensões > 5µm.

Ex: - Vírus da Gripe A - H1N1  
- Vírus do Sarampo (genêro MORBILLIVIRUS, família PARAMYXOVIRIDAE)  
- Streptococcus A



## MODOS DE TRANSMISSÃO

### TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA

- Ocorre por disseminação de pequenas partículas respiráveis – com dimensão < 5µm, resultantes de gotículas evaporadas que contêm microrganismos e que permanecem suspensas no ar por períodos prolongados – ou partículas de pó que contêm agentes infecciosos ou esporos;
- Os microrganismos disseminados deste modo podem ser transportados por correntes de ar e ser depositados no inalados por outros doentes ou pessoal no mesmo quarto ou enfermaria ou bem longe do local de origem.

Ex: - Tuberculose  
- Varicela (Vírus varicela-zoster ou VZV)



## Porquê, Como e Quando proceder à Higiene das Mãos nos Serviços de Saúde?

### Porquê?

- As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS;
- Deve-se efectuar a higiene das mãos para **proteger o doente e o profissional**.

### Como?

- A higiene das mãos deve ser feita no local de prestação de cuidados;
- Utilizar de preferência a **Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA)**, por ser um processo de higiene das mãos mais rápido, mais acessível e melhor tolerado;
- A **Lavagem das Mãos** com água e sabão líquido deve ser realizada sempre que estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS

1. Antes de tocar ao doente
2. Antes de tocar em qualquer superfície
3. Antes de tocar em qualquer objeto
4. Após o contacto com o doente
5. Após o contacto com qualquer superfície ou objeto

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS

1. Antes do contacto com o doente

**Antes de :**

- Dar um aperto de mão;
- Auxiliar nas refeições;
- Posicionar;
- Dar um copo com água;
- Retirar a roupa para realizar o espelho.

(Preceder a posição adequada, autocorrção...)

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS

2. Antes de procedimentos assépticos

**Antes de :**

- Manipular os Sacos de Drenagem (Nunca durante a realização dos despejos).

(Manipulação de soroções, substituição de pontas, perfusões enterais, abertura de torneiras de acesso venoso ou de drenagem, preparação e administração de medicação...)

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS

3. Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

**Após:**

- Contacto com vômitos, urina, fezes e secreções;
- Manipulação de sacos com vômitos, roupa suja com fluidos orgânicos, sacos de drenagem carregados de urina;
- Cuidados de Higiene;
- Limpeza de materiais/áreas: WC, dispositivos médicos (Ex: arrastadeira...).

(Prevenção de Soroções, realiação de pontos...)

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS



### Após:

- Aperto de mão;
- Ajustar a posição;
- Cuidados de higiene;
- Realização do espólio do doente;
- Auscultar na administração.

(evitar o contacto entre si, pouca obtenção, auscultação cardíaca...)

## OS 5 MOMENTOS DA HIGIENE DAS MÃOS



### Após:

- Mudar a roupa da cama;
- Limpar as mesas de cabeceira;
- Manusear as grades da cama/mesa.

(Deixar a perfusão, desligar a lâmpada das seringas intravenosas...)

## PEQUENO EXERCÍCIO

1. **Sala 50** – Um doente pede um **toalhetes para expectorar** e a Assistente Operacional ao entregar esses toalhetes vê-se obrigada a **auscultar** o doente;
2. Depois desta fora os toalhetes sujos no saco de lixo que existe à cabeceira da cama;
3. Contudo o doente refere que sente uma impressão na perna direita;
4. Assistente Operacional desata esse membro e verifica que havia ficado por esquecimento **sobre o colchão o saco de drenagem vesical**, e **coloca-o na posição correcta**;
5. Antes de ir embora **ajeta os lençóis da cama do doente**.



Quais os momentos privilegiados para a Higiene das Mãos?

## INDICAÇÕES GERAIS PARA A HIGIENE DAS MÃOS

- As mãos devem ser descontaminadas imediatamente após cada contacto directo com o doente e após qualquer actividade da qual possa resultar contaminação das mãos;
- Deve-se aplicar uma solução alcoólica (hidrogel ou base) as mãos com sabão. Equilíbrio: água, oxigénio, **entre diferentes doentes** ou **entre actividades diferentes no mesmo doente**;
- As mãos que estão visivelmente ou potencialmente contaminadas com sujidade ou **matéria orgânica** devem ser lavadas com **sabão líquido e água**;
- É importante a aplicação de creme hidratante regularmente para proteger a pele dos efeitos da desidratação que a descontaminação regular das mãos provoca;
- Quando se procede à Higiene das Mãos deve-se **remover todos os objectos de sobre as mãos e pulsos antes do início da descontaminação** das mesmas. As feridas devem ser cobertas com adesivos impermeáveis.

## SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA (SABA)



«SABA é um antisséptico da pele que **actua por fricção**. O efeito imediato dos seus componentes actua sobre os microorganismos competentes e, mediante os **efeitos antimicrobianos**, que por sua vez parantem a **eficácia remanescente**.

«Outros componentes **desidratantes**, protegem a pele das mãos, mesmo quando se utiliza com frequência.



## SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA DE BASE ALCOÓLICA (SABA)

- As soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) são **mais rápidas e fáceis de aplicar na maioria dos procedimentos**, além de que são **mais eficazes** na prestação de cuidados a doentes com **alterações resistentes ou multirresistentes**, pelo que devem ser largamente aplicadas, desde que as mãos estejam visivelmente limpas.
- **SABA** atua a flora transitória das mãos em **30 segundos a 99,999%**. Tem um amplo espectro de eficácia contra as bactérias (St. Tuberculosis), fungos e vírus (herpes B e C, herpes, Tipo 2 herpes labialis, Tipo 2 herpes genitalis). Também está comprovada a eficácia contra a **HIV** e **ROTA-VÍRUS**.
- A **destinação higiénica das mãos**, mediante a utilização de um dispensador, pode ser **efectuada em qualquer lugar**: salas de espera, junto da cama dos pacientes, em unidades de cuidados de saúde, consultórios, ambulâncias, etc.

## TÉCNICA DA LAVAGEM DAS MÃOS

(40-60 segundos)

### A Técnica de Lavagem das Mãos engloba 3 fases:

- **Preparação** – Requer que as mãos sejam molhadas com água tépida corrente antes de aplicar sabão líquido ou qualquer preparação antimicrobiana.
- **Lavagem** – A solução de lavagem deve entrar em contacto com **todas as superfícies das mãos**. As mãos devem ser friccionadas uma contra a outra, vigorosamente, **durante pelo menos 30 segundos**, tendo em particular atenção à **extremidade dos dedos, unhas e espaço interdigital**.
- **Enxugamento** – Depois de enxaguadas devem ser secas com toalhetos de boa qualidade.

## TÉCNICA DA LAVAGEM DAS MÃOS

(40-60 segundos)



## PEQUENO EXERCÍCIO

### 1. Técnica da Lavagem das Mãos



1. Palma com palma.
2. Palma aberta por cima do outro punho e por cima do outro punho.
3. Palma com palma cruzada.
4. Dedos abertos em direção ao punho, palma aberta.
5. Polgares com palma aberta.
6. Polgares com palma aberta.

## HIGIENIZAR AS MÃOS

### Porquê?

- Porque somos fonte ou reservatório de agentes infecciosos;
- Por brio e responsabilidade pessoal e profissional;

**"PORQUE MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS"**



## BIBLIOGRAFIA

- JONICHA, Vero, SAX, Haq, UGAP, Lucan [et. al]. "Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety" in *Major Case Proceedings*, January 2010, 85(1), p.53-62.
- GURKER, Julia, CDC, HEDPAC, Division of Healthcare Quality Promotion (1996). - "Guidelines for Hospital Precautions in Hospitals", com as modificações de 1 de Abril de 2003.
- PCN1, INSTITUTO DO RILCARDO JORGE e MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). "Recomendações para as práticas de isolamento: precauções básicas e precauções dependentes do vírus de transmissão", p.46.
- Sites consultados:
  - <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/html/PCN1.html>
  - <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/html/PCN1.html>
  - <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/html/PCN1.html>
  - <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/html/PCN1.html>

## Questões?




**não dá boleia as infeções**

**uma solução simples que salva vidas**

**MEDIDAS SIMPLES SALVAM VIDAS**



**ANEXO III**

**Folheto Informativo: "Higienizar as Mãos - Porquê?"**

## Não Esquecer!

Técnica da Lavagem das Mãos  
(40 a 60 segundos)

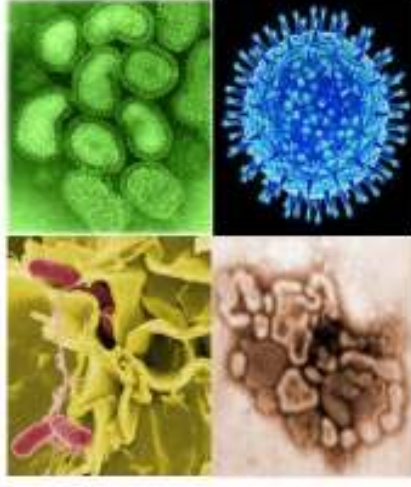


- A Higiene das Mãos é a medida mais simples e eficaz para prevenir a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais.
- As mãos devem ser higienizadas imediatamente entre doentes, entre procedimentos assépticos, após o contacto directo com o doente e após qualquer actividade da qual possa resultar contaminação das mãos.

- A fricção das mãos com SABA é um processo que exige menos tempo (20 a 30 segundos) que a lavagem das mãos, pode ser realizado quando não há lavatórios, e é eficaz na prestação de cuidados a doentes possuidores de infeção por bactérias, vírus e fungos resistentes e multiresistentes como *Hepatite B e C*, *Herpes*, *Bacilo da Tuberculose*, *Rota-Virus e HIV*...



## HIGIENIZAR AS MÃOS



## Porquê?

2010

### Autora:

Catarina Filipa Ferraz Alves

### Orientadora:

Prof.ª Marques da Gama

### Orientadora de Estágio:

Enf.ª Maria Chambó

Em colaboração com:

Enf.ª Neusa Calina



PORTUGUÊS INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS ACIÓSCAS DA SAÚDE

5 a 10% dos doentes internados adquirem uma infecção hospitalar.

“As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) consistem em infecções adquiridas pelos doentes, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados pelos profissionais de saúde, durante o exercício da sua actividade”.

Isto engloba os cuidados de saúde primários, centros de saúde, clínicas, consultórios, cuidados domiciliários, lares de idosos...



**Porquê, Como e Quando proceder à Higiene das Mãos nos Serviços de Saúde?**

## Porquê?

- As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS;
- Deve-se efectuar a higiene das mãos para proteger o doente e o profissional.



## Como?

- A higiene das mãos deve ser feita no local de prestação de cuidados;
- Utilizar de preferência a **Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA)**, por ser um processo de higiene das mãos mais rápido, mais acessível e melhor tolerado;
- A **Lavagem das Mãos** com água e sabão deve ser realizada sempre que estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica (sangue, fluidos corporais, excreções e secreções).

- É importante a aplicação de creme hidratante regularmente para proteger a pele dos efeitos de desidratação que a descontaminação regular das mãos provoca;

- Quando se procede à Higiene das Mãos deve-se remover todos os objectos de adorno das mãos e pulsos antes do início da descontaminação das mesmas. As feridas devem ser cobertas com adesivos impermeáveis.

## Quando?

### Antes de :

- Dar um aperto de mãos;
- Auxiliar nas refeições;
- Posicionar;
- Dar um copo com água;
- Retirar a roupa para realizar o espólio.



### Antes de :

- Manipular os Sacos de Drenagem Vesical durante a realização dos despejos.



### Após:

- Cuidados de Higiene;
- Manipulação de sacos com vômitos, roupa suja com fluidos orgânicos, sacos de drenagem carregados de urina;
- Limpeza de materiais/áreas WC, dispositivos



### Após:

- Aperto de mãos;
- Auxiliar a posicionar;
- Cuidados de higiene;
- Realização do espólio do doente;
- Auxiliar na alimentação.



### Após:

- Mudar a roupa da cama;
- Limpar as mesas de cabeceira;
- Manipular as grades da cama/maca.



## **ANEXO IV**

### **Régua de Interpretação de Traçados Eletrocardiográficos**

#### BRADICARDIA SINUSAL



FC: < 60 ppm  
Ritmo: regular  
Onda P: Presente e igualis; antes QRS  
PR: constante  
QRS: estreito

#### TAQUICARDIA SINUSAL



FC: > 100 ppm  
Ritmo: regular  
Onda P: Presente e igualis; antes QRS  
PR: constante  
QRS: estreito

#### RITMO JUNCIONAL



FC: 40-60 ppm  
Ritmo: regular  
Onda P: ausente  
PR: ausente  
QRS: estreito

#### FIBRILHAÇÃO AURICULAR



FC: auricular: >350/m  
ventricular: lenta, regular ou rápida  
Ritmo: irregular  
Onda P: ausente  
PR: ausente  
QRS: estreito

#### FLUTTER AURICULAR



FC: auricular: 250-300/m  
ventricular: metade ou inferior  
Ritmo: irregular  
Onda P: acessórias; aspecto dentado  
PR: ausente  
QRS: estreito

#### TAQUICÁRDIA AURICULAR MULTIFOCAL



Vários focos ectópicos auriculares  
FC: auricular: 100-160 ppm  
ventricular: igual  
Ritmo: irregular  
Onda P: presente; vários tipos de ondas P  
PR: variável  
QRS: estreito

### EXTRASSISTOLES SUPRAVENTRICULARES



Batimentos isolados precoces com origem num foco ectópico auricular ou do nódo AV. O ritmo de base mantém-se (ex: ritmo sinusal)

Onda P: Presente ou ausente; aspecto diferente  
QRS: estreito

### TAQUICÁRDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA



FC: auricular - 150-250 ppm  
ventricular - igual ou inferior

Ritmo: regular

Onda P: presente/ ausente (difícil de detectar)

PR: difícil avaliar

QRS: estreito

Início súbito

### EXTRASSISTOLES VENTRICULARES



Batimentos isolados precoces com origem num foco ectópico ventricular. O impulso não segue o sistema de condução habitual.

O ritmo de base mantém-se (ex: ritmo sinusal)

QRS: alargado, bizarro e não associado a onda P

### EXTRASSISTOLES VENTRICULARES



unifocal



multifocal

### EXTRASSISTOLES VENTRICULARES



2 ESV

Salvo de 3 ESV

1-3 ESV ↔ TV

### EXTRASSISTOLES VENTRICULARES



Bigemínio

### BLOQUEIO DO NÓDULO SINO-AURICULAR



Cessa a emissão dos estímulos do nóculo AS, pelo menos, por um ciclo completo, após o qual retorna o mesmo ciclo. Cada pausa corresponde a um múltiplo de intervalos PP anteriores

### BLOQUEIO AURÍCULO-VENTRICULAR (AV) DE 1º GRAU



Lenta transmissão de impulsos através do nóculo AV e Feixe de His. Geralmente fisiológica.  
FC: 60-100 ppm  
Ritmo: geralmente regular  
Ondas P: uma onda por QRS  
Intervalo PR: aumentado (>0,2 seg)  
QRS: estreito

### BLOQUEIO AV DE 2º GRAU- TIPO I (MOBITZ I)



Anormal atraso dos impulsos através do nóculo AV  
FC: 60-100 ppm  
Ritmo: irregular  
Ondas P: pode ocorrer isolada, sem QRS  
Intervalo PR: aumenta com cada onda P consecutiva e concluída  
QRS: estreito

### BLOQUEIO AV DE 2º GRAU - TIPO II OU MOBITZ II



Ocorre abaxo do nóculo AV, nos sistemas de ramos e feixe de His  
FC: < 60 ppm  
Ritmo: irregular  
Ondas P: algumas não são conduzidas; há mais ondas P que QRS  
Intervalo PR: estreito  
QRS: pode ser normal, mas geralmente é alargado

### BLOQUEIO AV 2ºGRAU TIPO II



Bloqueio de 2:1



Bloqueio de 3:1

### BLOQUEIO AV DE 3º GRAU OU COMPLETO



Bloqueio AV completo é a despolarição auricular não tem nada a ver com a despolarição ventricular.  
FC: > 60 ppm  
Ritmo: ritmo cardíaco  
Ondas P: independentes sem relação com os QRS  
Intervalo RR: variáveis  
Intervalo PR: variáveis  
QRS: alargado

#### BLOQUEIO DE RAMO DIREITO



#### BLOQUEIO DE RAMO ESQUERDO

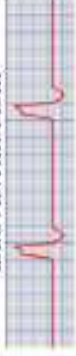


#### SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON WHITE



Condição patológica dos impulsos por meio de fibras condutoras acessórias (Fibras de Kent) que não passam no nódo AV. É o resultado da despolarização antecipada de parte dos ventrículos, antes da chegada do impulso proveniente do nódo AV.  
**QRS:** Ondas Delta

#### RITMO IDEOVENTRICULAR



Origem num foco ectópico ventricular  
**FC:** 20-40 ppm  
**Ritmo:** geralmente regular  
**Ondas P:** ausentes  
**QRS:** alargado, não associado a onda P.

#### TAQUICARDIA VENTRICULAR



**Freq. Ventricular:** > 100 ppm  
**Ritmo:** geralmente regular  
**Ondas P:** ausentes  
**QRS:** alargado

#### TORSADE DE POINTS



Variante única de TV, na qual os complexos QRS parecem enrolar-se em torno da linha isoelectrica. Auto-limitativa.

#### FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR



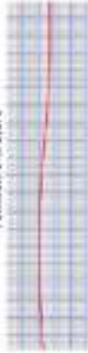
Actividade eléctrica caótica  
**FC:** 0  
**Debito cardíaco:** = 0  
**Ritmo:** irregular  
**QRS:** ondas fibrilatórias

**DISSOCIAÇÃO ELECTROMECÂNICA**



Há condução do estímulo eléctrico mas não há contracção cardíaca.  
Ausência de débito cardíaco e sem pulso.

**ASSISTOLIA**



Sem actividade eléctrica  
Sem pulso



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Autora:** Catarina Alves  
(Aluna do 3º Curso de Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica)

**Em colaboração com:** Enfª Guida Santos e  
Enfª Liliana Gouveia.

## **ANEXO V**

**Reunião de Chefes de Equipa subordinada ao tema da Família como  
Parceira de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral**



## FAMÍLIA COMO PARCEIRA DE CUIDADOS NO SU DO HCC

## A FAMÍLIA

O exercício profissional da enfermagem centra-se na unidade (interpessoal) entre um enfermeiro e uma pessoa no âmbito do enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Quer a pessoa-enfermeiro, quer as pessoas-clientes, têm papeis de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual. Futuro das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

A relação terapêutica promovem-se no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, no espaço do, pelo subs, capacidades e na valorização dos seus papéis. Essa relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo do processo de trabalho, que tem por objectivo alargar a clientela a ser projectada na consecução do seu projecto de saúde. Verão são as intervenções em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, comunidade, etc.).

## A FAMÍLIA

### De que maneira os profissionais de saúde exercem as funções dos cuidadores aos antigos

- Vigiar a segurança física quando o paciente assim o requer (situações de agitação e demência);
- Receber e dar informação ao médico;
- Receber os tratamentos farmacológicos;
- Expressar os problemas, desejos e necessidades do paciente aos profissionais de saúde;

### De que maneira os cuidadores exercem as suas próprias funções

- Dar afecto, carinho e companhia;
- Ajudar o paciente nas suas necessidades básicas (higiene, alimentação...);
- Proporcionar a vigilância de alguns procedimentos técnicos (suafeitação, oxigenoterapia...);
- Assegurar a administração da medicação oral;
- Garantir que se respeitem os hábitos de paciente;

www.ikc.pt Instituto Cuidar | Associação de Profissionais de Enfermagem de HCC | Telefone: 21 4 43 91 111

## A FAMÍLIA

### PRINCIPAIS NECESSIDADES DOS CUIDADORES

- **Necessidades de informação** (Acumula do diagnóstico e prognóstico);
- **Necessidade de um elemento de referência para obtenção de informação** (a quem me devo dirigir?);
- **Apoio emocional** (Sentimentos de stress, ansiedade), sensação de abandono, dor).

www.ikc.pt Instituto Cuidar | Associação de Profissionais de Enfermagem de HCC | Telefone: 21 4 43 91 111

## O NOSSO DEVER

### Artigo 84º do Código Deontológico

#### Dever de Informação

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assegura o direito de:

- a) Informar o paciente e a família de que respeito aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito do paciente ao consentimento informado;
- c) Atuar com responsabilidade e cuidado todo o período de informação ou regulação todo pelo indivíduo em questão de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos à que o paciente pode ter acesso, bem como sobre a natureza de se atuar.

Artigo 7º do Decreto-Lei 437/93 de 8 de Novembro, adjecto que assinala particularidade dos cuidados de enfermagem consiste na promoção de uma relação de confiança com o paciente, família, grupo, o profissional, promovendo a sua participação na avaliação e processo educativo para a subsistência no decurso da intervenção para o doente.

## GÊNESE DO SU

- O Serviço de Urgências dadas as suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com o morte, as imersões constantes da prática e fracoço, o elevado número de doentes, o seu curto tempo de internamento, o um espaço físico limitado **aslo factores condicionantes de relação de ajuda e por si só indutores da despersonalização dos cuidados de enfermagem.**

## LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO

### Direito de Acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde

#### ARTIGO 3.º

1. - Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem o direito a ser acompanhado, por si ou pessoa por si indicada e deve ser acompanhado desde o início da admissão para sempre.
2. - Os serviços de urgência devem, através de serviços próprios, familiares, próximos e de rede, assegurar o aumento anterior sempre que a situação clínica do doente não permita a sua saída da sua unidade, podendo para esse efeito as serviços adoptar a designação de "parentesco" ou de "relação com o paciente" procedida, por quem participar, mas não podendo impedir o acompanhamento.

LIMITAÇÕES: Hipertensões Crónicas, Na mobilidade do doente, Serviço ou serviços mantidos insalváveis, Não Domicilia, Deslocar-se até ao local de destino do doente.

## FARÁ SENTIDO OU NÃO PROMOVER O ACOMPANHAMENTO DOS NOSSOS UTENTES?

## HORÁRIO DE VISITAS - SO

- **HOSPITAL RENOVADO FORSECA (HFF)**
  - Entre as 17h e as 18h:30 os familiares fazem um pedido de visita por escrito.
  - A partir das 18h os membros são chamados pela secretária de SO para proceder à visita.
  - poderão permanecer junto da sua família entre 10 a 25 minutos.
  - As intervenções são transmitidas quer pelo enfermeiro médico, quer pelo enfermeiro de enfermagem, no decorrer do seu período.
- **HOSPITAL DE SANTA MARIA (HSM)**
  - Das 16h:30 às 17h, poderão permanecer junto da sua família entre 10 a 15 minutos.
  - As intervenções são transmitidas quer pelo enfermeiro médico, quer pelo enfermeiro de enfermagem, no decorrer do seu período.

## HORÁRIO DE VISITAS

- **HOSPITAL DE SÃO JOÃO (HSJ)**
  - Existem visitas programadas às 11h e às 18h:30, podendo permanecer junto da sua família entre 5 a 20 minutos. As informações são fornecidas quer pela enfermeira médica, quer pela enfermeira de enfermagem, no decorrer deste período.
- **HOSPITAL FRANCISCO JAVIER (HCFJ)**
  - No SO os acompanhantes podem permanecer junto dos doentes das 11h às 22h. Contudo, quer às 12h, quer às 19h, é possível a entrada de mais um familiar que não seja a pessoa em questão.
  - As intervenções são transmitidas quer pelo enfermeiro médico, quer pelo enfermeiro de enfermagem, no decorrer deste período.

## PROPOSTA

- Criação de um Guia de Acolhimento;
- Duração da Visita: 10 a 15 minutos;
- Horário de visita proposto para o SO:
  - M: 12h às 14h
  - T: 18h às 20h
- 1 familiar por paciente;

## DISCUSSÃO

**ANEXO VI**

**Poster: "Família como parceira de cuidados do doente internado na Sala de Observações"**

# FAMÍLIA COMO PARCEIRA DE CUIDADOS DO DOENTE INTERNADO EM S.O.

Catarina Filipa Ferraz Alves. Aluna do 3º Curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ORIENTAÇÃO: Prof. Marques da Gama e Enf.ª Marisa Cháinho

"A FAMÍLIA é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas" (VIEIRA, 2007). Melhor do que ninguém a família possui informação privilegiada acerca dos hábitos de vida, antecedentes de saúde, gostos, medicação que o doente realiza no domicílio, que podem ser muito úteis para a adequação do processo terapêutico. Logo esta informação deve ser vinculada à equipa de saúde com a maior brevidade.

A situação de doença altera as dinâmicas familiares e é geradora de sentimentos de medo, ansiedade e stress nos familiares. É no acompanhamento, na informação e no respeito por estas relações que os profissionais de saúde devem actuar, privilegiando desta forma a inclusão da família nos cuidados prestados diariamente no serviço.

**CAMINHEMOS JUNTOS...**



"Todo o cidadão admitido num Serviço de Urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço".

ARTIGO 2.º, Lei N.º 33/2009

No SO encontram-se internados **DOENTES CRÍTICOS** que por "disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica". (SPCI, 2009:7)

•A mobilidade de doentes em SO é muito elevada e muitas vezes o doente no decorrer do seu internamento, poderá ausentar-se do serviço para realizar RX, Ecografia, TAC, Hemodiálise, ir ao Bloco Operatório, ou mesmo ser transferido para um serviço de internamento. Solicite informação junto da Equipa de Enfermagem.

•A unidade de cada doente internado em SO é composta por equipamento específico:

- Monitor de Sinais Vitais
- Rampas de Oxigénio e Aspiração
- Material de Punção Venosa
- Seringas Infusoras para Administrar Medicação

•"Os horários para as visitas deverão ter em conta as necessidades dos serviços e doentes" pelo que "as instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar aos entes significativos para o doente".

(CARTA DE DIREITOS DOS UTENTES)

•Por essa razão se não for possível visitar o seu familiar no decorrer deste horário, deverá expressar esta dificuldade à equipa de enfermagem presente na sala de SO, por forma a serem encontradas possíveis soluções.

## **HORÁRIO DE VISITA:**

Período da Manhã – 12h às 14h

Período da Tarde – 18h às 21h

•São permitidas duas visitas por doente alternadamente, sendo que o período total de permanência junto do seu familiar não deve exceder os 15 minutos.

•Poderá obter informação específica acerca da situação clínica e respectivo prognóstico do seu familiar junto da equipa médica e da equipa de enfermagem.

•Fora do horário de visita poderá contactar com o serviço através do telefone 217924356.

## **RECOMENDAÇÕES:**

•Não leve comida, bebida ou quaisquer objectos de valor (telemóvel, próteses dentárias) junto do doente.

•Consulte a equipa de enfermagem antes de fornecer líquidos ao seu familiar pois a sua condição clínica pode não o permitir.



## **ESPÓLIO:**

•Todos os objectos pessoais do doente são retirados no acto de internamento na sala de SO. Para reavê-los deverá solicitar a sua entrega junto dos assistentes operacionais de porta e ficha. Contudo, os valores (documentos, relógio, anéis, carteiras, dinheiro) podem ser readquiridos junto à equipa de administrativos, na recepção do Serviço de Urgência.

## **NÃO SE ESQUEÇA:**

•Em SO encontram-se doentes críticos, instáveis, que necessitam de muita vigilância por parte dos profissionais de saúde e necessitam de um ambiente calmo e confortável. O Horário de Visita pode ter de ser reduzido devido ao aparecimento de uma situação de emergência. Por essa, razão pedimos a sua colaboração e compreensão.

•Porque o risco de infecção cruzada existe nas unidades de saúde, e para sua protecção e do seu familiar, antes e após realizar a visita, deve proceder à Higienização das Mãos com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) que existe à entrada do S.O.

**ANEXO VII**

**Guia de acolhimento à Família do doente internado na Sala de  
Observações**

## NÃO ESQUECER

- A **FAMÍLIA** possui **informação** preciosa acerca dos hábitos de vida, gostos, antecedentes pessoais e medicação que o doente realiza no domicílio, informações estas que podem ser **vitais** para a **adequação do processo terapêutico** ao doente internado.
- Em **SO** encontram-se doentes críticos e instáveis, que necessitam de um ambiente calmo, tranquilo e de muita vigilância técnica por parte dos profissionais de saúde. Por esta razão o **Horário de Visita** pode ter de ser **reduzido** devido ao **aparecimento de uma situação de emergência**, pelo que pedimos a sua colaboração e compreensão.

- Porque o **risco de infeção cruzada** existe nas unidades de saúde, e para sua proteção e do seu familiar, **antes e após** realizar

**a sua visita, deve proceder à Higienização das Mãos** com a Solução Antisséptica de Base Alcolólica.



## **PORQUE PENSAMOS EM SI...**



## **Guia de Acolhimento à Família do Doente Internado em SO.**

**2010**

**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.ª Marques da Gama

**Orientadora de Estágio:**

Enf.ª Mairisa Chaiinho



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## INFORMAÇÕES GERAIS



Dotado de meios técnicos modernos e de recursos humanos especializados, o Hospital Curry Cabral (HCC), antigo Hospital do Rego, presta cuidados de saúde a uma população de cerca de 282.000 habitantes.

O SU do HCC surgiu em 1992, e tem como missão prestar cuidados de excelência quer a nível técnico, quer a nível humano, a todos os utentes que possuem uma patologia aguda.

Actualmente tem como valências primordiais a área de Ortopedia e de Medicina Interna, e em simultâneo compreende a Urgência Psiquiátrica dos Hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos.

O SU é composto pelos seguintes sectores: Sala de Triagem, 6 gabinetes de Observação Médica, Sala de administração de terapêutica, sala de abscessos, sala de pequena cirurgia, sala de técnicas Ortopédicas/Gessos, Sala de Observações (SO), Sala de Reanimação, Sala de Intermédios de Mulheres e de Homens, Sala de Colheitas Laboratoriais, Sala de Exames complementares de diagnóstico (RX, TAC e ECG ), entre outras.

## ESTRUTURA DO SO



- O SO é composto por 12 camas onde cada unidade do doente é composta por monitor de sinais vitais, rampas de oxigénio e aspiração, seringas infusoras para administrar medicação e material de punção venosa.

Os cuidados aqui prestados têm por finalidade a estabilização da doença aguda. Existe nesta sala a possibilidade de proceder a monitorização permanente e ventilação invasiva e não invasiva aos doentes críticos que aqui são internados.

- O SO funciona 24h/dia.
- Possui, em cada turno, uma equipa de saúde composta por um médico, três enfermeiros e uma assistente operacional, a quem poderá sempre recorrer.
- Os internamentos em SO são, normalmente de curta duração.
- Poderá obter informação específica acerca da situação clínica e respectivo prognóstico do seu familiar junto da equipa médica e da equipa de enfermagem.



## HORÁRIO DE VISITA

**PERÍODO DA MANHÃ — 12H ÀS 14H**

**PERÍODO DA TARDE — 18H ÀS 21H**

- São permitidas duas visitas por doente alternadamente.
- O período de permanência junto do seu familiar não deve exceder os 15 minutos.
- Se não for possível visitar o seu familiar no decorrer deste horário, deverá expressar esta dificuldade à equipa de enfermagem presente na sala de SO, por forma a serem encontradas possíveis soluções.
- Fora do horário de visita poderá contactar com o serviço através do telefone **217924356**.
- A informação facultada por esta via é restrita, sendo apenas fornecida informação acerca da permanência ou não do doente no serviço, bem como o local para onde foi transferido.



## ESPÓLIO

- Todos os objectos pessoais do doente são retirados no acto de internamento na sala de SO.
- Para reavê-los deverá solicitar a sua entrega junto das assistentes operacionais de porta e ficha. Contudo os valores (documentos, relógio, anéis, carteiras, dinheiro) podem ser readquiridos junto à equipa de administrativos, na recepção do Serviço de Urgência.

## **ANEXO VIII**

**Procedimento de Atuação: "Obstipação induzida por Opióides"**

**PROCEDIMENTO DE ACTUAÇÃO:  
OBSTIPAÇÃO INDUZIDA POR  
OPIÓDES**

**Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos**

**4HR**

**2011**

## DEFINIÇÃO

A **OBSTIPAÇÃO** consiste numa dejectão considerada desconfortável pelo paciente, onde existe a necessidade de esforço, sendo caracterizada pelo intervalo aumentado entre as dejectões e/ou a presença de fezes endurecidas.

## OBJECTIVOS

1. Prevenir a obstipação de doentes submetidos a terapêutica opióide, através do correcto e atempado diagnóstico da situação.
2. Em doentes em fim de vida, pretende-se promover o conforto e a manutenção da dignidade.

## INDICAÇÕES

- É aplicável a todos os doentes internados que apresentem um quadro de obstipação derivado ao uso de opióides para o controlo de sintomas como a dor e a dispneia.
- Cerca de 87% dos doentes que utilizam analgesia à base de opióides fortes (Morfina, Fentanil...) necessitam de um tratamento concomitante com laxantes, de forma a prevenir estados de obstipação.
- Os opióides induzem a obstipação principalmente por *“facilitarem as contracções anulares intestinais. Estes actuam aumentando o tónus das fibras musculares lisas, suprimindo os movimentos peristálticos por hipertonia dos esfíncteres anal e válvula ileocecal, diminuindo a sensibilidade rectal à distensão, do qual resulta um trânsito intestinal lento, com aumento da reabsorção de água e electrólitos ao nível do intestino delgado e cólon”*.

(Manual de Cuidados Paliativos, 2010, p.162)

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Tendo em conta a etiologia da obstipação, as características das fezes e a tolerância do doente, devemos escolher o tipo de laxante mais adequado a cada situação. Sempre que se justifique e a situação clínica do doente o permitir, podemos associar mais do que um tipo de laxante.

### LAXANTES DE CONTACTO OU ESTIMULANTES:

Actuam através do aumento da motilidade e secreção intestinal e em doses excessivas podem provocar dor tipo cólica abdominal. Têm efeito ao fim de 24-48 horas após a sua administração.

Medicamento	Formas de administração
<b>SENE</b> ( <i>Pursennide</i> )	0,5 a 2 g por dia.
<b>BISACODIL</b> ( <i>Dulcolax</i> )	- De 3 em 3 dias 1cp de 5mg; - Se não evacuar á 3 dias: administrar como 1º SOS 1cp de 5mg; - Se não evacuar á cerca de 4 dias administrar como 2º SOS 1 supositório de 10mg.
<b>PICOSSULFATO DE SÓDIO</b> ( <i>Guttalax</i> )	Entre 15 a 45 gotas por via oral ao dia.

### LAXANTES SALINOS E/OU OSMÓTICOS:

Promovem a retenção de água a nível do interior do intestino e podem produzir flatulência. Pressupõem a ingestão abundante de líquidos.

Medicamento	Formas de administração
<b>LACTULOSE</b> ( <i>Lactulose Jaba</i> )	- 1 carteira de 8 em 8 horas por dia. (10-45 ml como dose inicial nos primeiros 3 dias e depois como dose de manutenção cerca de 10-25 ml dia).
<b>SUSPENSÃO DE HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO</b> ( <i>Leite de Magnésia</i> )	- 30-40ml ao deitar até a obstipação cessar.

**LAXANTES EXPANSORES DE VOLUME:**

Aumentam a massa fecal e diminuem a sua consistência.

EX: METILCELULOSE, ISPÁGULA, ESTERCÚLIA

**LAXANTES AMOLECEDORES/EMOLIENTES:**

Através da secreção de água, cloro e sódio no jejuno e cólon, promovem o amolecimento do bolo fecal e tem efeito no peristaltismo.

EX: DOCUSATO SÓDICO (CLYSS-GO solução rectal)

**NOTA:** Se o doente tiver dificuldade em deglutir cápsulas ou comprimidos, devemos administrar as fórmulas líquidas destes fármacos ou equacionar outras vias de administração, nomeadamente a via rectal.

• SE EXISTIR IMPACTAÇÃO FECAL O TRATAMENTO COM LAXANTES NÃO É EFICAZ PELO QUE SE DEVE REALIZAR MANOBRAS MECÂNICAS TAIS COMO:

- **Retirar manualmente Fecalomas:** Esta manobra consiste na fragmentação digital da massa fecal de encontro ao sacro. Para diminuir a dor associada a este procedimento poderá ser administrado um anestésico local á base de Lidocaína 2% gel no local.
- **Administrar 100 cc de Parafina Líquida através de uma sonda rectal.**
- **Realizar um Enema de Limpeza com água tépida.**

**TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO**

- Incentivar o aumento da actividade física no caso dos pacientes cuja situação clínica o permita (caminhar, realizar Terapia Ocupacional 1 vez por dia, favorecer as mudanças de posição);
- Procurar sempre que o doente evacue no WC;
- Garantir a intimidade e a privacidade do doente no acto de defecar;

- Criar condições favoráveis para a promoção dos hábitos de eliminação:

1º Evitar sempre que possível o uso da fralda e da arrastadeira para que o doente possa evacuar;

2º Se o doente tiver uma diminuição da força muscular dos membros inferiores, devemos levar o doente ao WC em cadeira de banho para que este possa evacuar. Desta forma estimulamos o levante o que pode influenciar de forma positiva o trânsito intestinal;

3º Se o cheiro das fezes for muito incomodativo devemos colocar quer no sanitário, quer na arrastadeira pó talco de forma a suavizar este odor;

4º Se existir dor ou desconforto ao sentar no sanitário devemos proceder á elevação do mesmo ou á colocação de uma almofada circular de forma a atenuar os pontos de compressão;

5º Se o doente estiver acamado e não houver a possibilidade de realizar o levante, devemos sair do quarto no momento em que o doente utiliza a arrastadeira para evacuar, respeitando assim a sua privacidade.

-Realizar Massagem Abdominal: Esta deve ser feita no sentido dos ponteiros do relógio, com movimentos circulares ritmados e gentis, de forma a ajudar á progressão do bolo fecal e das fezes no tubo digestivo. Neste âmbito podemos também solicitar a intervenção do fisioterapeuta para proceder a este tipo de massagem antes da higiene do doente. O doente e a sua família podem executar esta manobra se devidamente orientados para o efeito.

#### **PROMOVER UMA DIETA ADEQUADA**

- Sugerir o consumo de alimentos que sejam laxantes naturais como ameixas, uvas, maçãs, melão e óleos vegetais;

- Explicar ao doente e família que os frutos crus se comidos com a casca são mais laxativos;

- Incentivar o aumento gradual do consumo de alimentos ricos em cereais integrais e fibras tais como amêndoas, grão, frutos secos;
- Incentivar o doente a evitar alimentos obstipantes como o leite, arroz, bananas, chocolate, o queijo, os ovos, o chá preto e as bebidas adoçadas com açúcar branco;
- Incentivar e controlar o Reforço Hídrico: promover a ingestão de 8 a 10 copos de água por dia, se a situação clínica do doente assim o permitir e oferecer em simultâneo sumos de fruta natural;

**Exemplo de um Laxante de fruta:**

- ¼ de chávena de groselhas
- ¼ de chávena de passas
- ¼ de chávena de ameixas
- ¼ de chávena de tâmaras
- ¼ de chávena de figos
- Sumo de ameixa

- Este laxante natural poderá ser preparado na copa hospitalar da seguinte forma: os 5 primeiros ingredientes deverão ser misturados num liquidificador e *á posteriori* deverá se juntar sumo de ameixa até obter a consistência desejada. Poderá ser fornecido sob a forma de compota, molho ou sobremesa de fruta.

**REGISTOS**

- Aquando da admissão na Unidade de Cuidados Paliativos, registar no processo o padrão de eliminação intestinal do doente (número de dejetos diários/semanais, as características das fezes, o número de dejetos, problemas anteriores, medicação que esteja a ser realizada para o efeito...).
- Caso se instale uma situação de obstipação caracterizar o episódio e todas as medidas de alívio e conforto farmacológicas e não farmacológicas desencadeadas para solucionar o problema.
- Registrar todos os ensinamentos realizados pelo enfermeiro ao doente e família.

## BIBLIOGRAFIA

- BARBOSA, António; NETO, Isabel. (2010). **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ª Edição. ISBN 978-972-9349-22-5. P. 814.
- DOYLE, Donald. (1996). **Domiciliary Palliative Care: a handbook for family doctors and community nurses**. Oxford. Oxford University Press. ISBN 0-19-262490-3 P. 1225.
- MACMILLAN, Karen; HOPKINSON, Jane; PEDEN, Jaquie. (2000). **Como cuidar dos nossos: Um guia prático sobre os cuidados em fim de vida**. Lisboa. Editora: AMARA e ESECLX. P. 191.
- O'CONNOR, Margaret; SANCHIA, Aranda. (2008). **Guia Prático de Cuidados Paliativos**. São Paulo. ANDREI Editora. ISBN 978-85-7476-351-4. P. 422.
- TWYLCROSS, Robert (2003). **Cuidados Paliativos**. Climepsi Editores. 2ª Edição. ISBN 972-796-093-6. P. 207.

## AUTORES

Enf.ª Catarina Alves

**Sob. Orientação:** Enf.ª Joel Ferreira

**ANEXO IX**

**Folheto Informativo: "Obstipação"**

## Não Esquecer!

- A **Obstipação** é um sintoma muito frequente em doentes paliativos que deve ser alvo de prevenção precoce especialmente em doentes acamados e sob tratamento com opióides.
- Deve-se sensibilizar o doente para o actividade física, sob a forma de caminhadas e mudanças frequentes de posição.
- Uma dieta rica em fibras, legumes, sumos de fruta - onde a ingestão de líquidos é mantida pode estimular o transito intestinal.

A **Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos** encontra-se disponível para retirar todas as suas dúvidas através do telefone **21 7104459**.

# OBSTIPAÇÃO



**Unidade de Cuidados Paliativos**

**4HR**

**2011**

**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.º Marques da Gama

**Orientador de Estágio:**

Enf.º Joel Ferreira



INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## CONCEITO

A **OBSTIPAÇÃO** consiste numa dejectão considerada desconfortável pelo paciente, onde existe a necessidade de esforço, sendo caracterizada pelo intervalo aumentado entre as dejectões e/ou a presença de fezes endurecidas.

•Esta pode ser induzida pelo uso de terapêutica opióide utilizada no controlo de sintomas como a dor e a dispneia ( morfina, fentanil), por patologia neurológica e por oclusão intestinal. Os sinais de alerta são:

- As fezes podem ficar secas e causar dor ao evacuar;
- O doente pode emitir muitos gases, ter episódios frequentes de eructação ou sentir-se enfartado;
- Poderá ter dores abdominais e apresentar o abdómen duro e distendido á palpação;
- O doente pode evacuar pequenas quantidades de fezes duras mas continuar a sentir-se desconfortável;
- Pode causar dores de cabeça (cefaleias) e estados confusionais.

## ESTRATÉGIAS

- Tentar aumentar a actividade física no caso dos pacientes cuja situação clínica o permita (caminhar, realizar Terapia Ocupacional ,favorecer as mudanças de posição);
- Procurar sempre que o doente evacue no WC, evitando assim o uso de arrastadeiras e de fraldas;
- Garantir a intimidade e a privacidade do doente no acto de defecar;
- Se o cheiro das fezes for muito incomodativo deve colocar quer no sanitário, quer na arrastadeira pó talco de forma a suavizar este odor;
- Se existir dor ou desconforto ao sentar no sanitário deve proceder á elevação do mesmo ou á colocação de uma almofada circular de forma a atenuar os pontos de compressão;
- Realizar Massagem Abdominal, a qual deve ser feita no sentido dos ponteiros do relógio, com movimentos circulares ritmados e gentis, de forma a ajudar á progressão do bolo fecal e das fezes no tubo digestivo. Neste âmbito podemos também solicitar a intervenção do fisioterapeuta para proceder a este tipo de massagem antes da higiene do doente;
- Incentivar e controlar o Reforço Hidrico: promover a ingestão de 8 a 10 copos de água por dia, se a situação clínica do doente assim o permitir e oferecer em simultâneo sumos de fruta natural.



## PROMOVER UMA DIETA ADEQUADA...

- Consumir alimentos que sejam laxantes naturais como ameixas, uvas, maçãs, melão e óleos vegetais;
- Os frutos crus se comidos com a casca são mais laxativos;
- Aumentar gradualmente o consumo de alimentos ricos em cereais integrais e fibras tais como amêndoas, grão e frutos secos;
- Evitar alimentos obstipantes como o leite, arroz, bananas, chocolate, o queijo, os ovos, o chá preto e as bebidas adoçadas com açúcar branco;
- Exemplo de um Laxante de fruta:  
% de chávina de groselhas; % de chávina de passas; % de chávina de ameixas; % de chávina de tâmaras; % de chávina de figos e Sumo de ameixa
- Este laxante natural poderá ser preparado na copa hospitalar da seguinte forma: os 5 primeiros ingredientes deverão ser misturados num liquidificador e á posteriori deverá se juntar sumo de ameixa até obter a consistência desejada. Poderá ser fornecido sob a forma de compota, molho ou sobremesa de fruta.

**ANEXO X**

**Folheto Informativo: "Xerostomia"**

## Não Esquecer!

A Xerostomia é um dos sintomas mais comuns nos doentes em fim de vida e pode resultar de factores que afectam o centro salivar (como as emoções, jejuns frequentes...), alterações das glândulas salivares (obstruções, tumores, radioterapia...) e a alteração da secreção autónoma da saliva (resultado do uso dos mais diversos fármacos como opióides, anti-histamínicos, anti-colinérgicos...).

- Deve ajudar o seu familiar a não descurar da sua higiene oral especialmente após as refeições.
- Evitar utilizar colutórios vulgares que possuam álcool pois secam os tecidos bucais e aumentam o risco de infecção.
- Colocar um lubrificante não oleoso nos lábios após a lavagem dos dentes ou utilizar produtos à base de cacão que previnam a secura e o aparecimento de fissuras nos lábios.

**A Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos encontra-se disponível para retirar todas as suas dúvidas através do telefone 217104459.**

# XEROSTOMIA



**Unidade de Cuidados Paliativos**

**4HR**

**2011**

**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.º Marques da Gama

**Orientador de Estágio:**

Enf.º Joel Ferreira



**INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

## CONCEITO

A XEROSTOMIA é "a sensação subjetiva de boca seca consequente ou não da diminuição/interrupção da função das glândulas salivares, com alterações quer na quantidade, quer na qualidade da saliva." ÓCPCPA, 2009

• Esta situação encontra-se presente em cerca de 60-70% dos doentes com doença oncológica avançada e/ou progressiva e provoca:

- Sensação de desconforto pela secura da boca;
- Sensação de dor local na língua (glossodinia);
- Dificuldade na deglutição, o que pode desencadear estados de anorexia, pois a saliva ajuda na formação e deglutição do bolo alimentar;
- Dificuldade na articulação das palavras;
- Mau hálito na região bucal (halitose);
- Aparecimento de um maior número de infeções da mucosa bucal e cáries dentárias.

Por estas razões aconselhamos que os cuidadores utilizem as seguintes estratégias para minorar o impacto negativo que a Xerostomia assume no fim de vida, promovendo desta forma o conforto do seu familiar.

## ESTRATÉGIAS

### • AUMENTAR A SALIVAÇÃO

- Mastigar pastilha elástica ou gomas sem açúcar;
- Sugar comprimidos de Vitamina C;
- Consumir frutas ácidas (ananás, toranja, limão...);
- Deverá oferecer cubos de gelo para que o seu familiar os possa sugar. Poderá congegar aqui sumos de frutas para que possa ser mais prazeroso.

### • REHIDRATAR

- Aumentar o consumo de líquidos;
- Refrescar a mucosa oral com o intuito de manter os níveis de humidade constantes;
- Fazer frequentemente gargarejos com água;
- Utilizar essência de limão e água de 3 em 3 horas ou saliva artificial. No nosso país existe apenas uma formulação de saliva artificial baseada na carboximetilcelulose (Glandosane®-spray).



### • DIETA ADEQUADA

- Fazer refeições ligeiras e frequentes;
- Deve ser predominantemente líquida ou liquefeita, com preferência por alimentos cremosos e frios: iogurte, leite-creme, pudim, gelados, mel, sopas, purés, molhos, queijo fresco, fruta cozida, fruta ácida como cubos de ananás, limão ou laranja. No entanto, o consumo de alimentos com açúcar deve ser sempre moderado, pelo maior risco de cáries dentárias;
- Deve evitar-se alimentos muito duros ou secos, modificando a sua confecção;
- Evitar o uso de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou carbonatadas.



### APOSTAR NUMA HIGIENE ORAL CUIDADA...

- Deve promover-se uma boa higiene oral, escovar os dentes e bochechar com água após refeições, antes de dormir, no mínimo a cada 4h.
- Se não for possível escovar os dentes poderá realizar a higiene oral do seu familiar utilizando uma compressa enrolada no dedo indicador ou esponjas orais que são vendidas em farmácias.
- As próteses dentárias devem ser escovadas após as refeições e retiradas durante a noite, deixando-as imersas numa solução desinfetante;
- Utilizar elixir oral não alcoólico tal como:
  - 1 colher de chá de bicarbonato de sódio + 2 chávenas de água;
  - 1/2 colher de chá de Sal + 1 colher de chá de bicarbonato de sódio + 4 chávenas de água;
  - Água Gaseificada.
- ou
- Usar colutórios fluoretados, com clorhexidina, iodopovidona ou bicarbonato de sódio a 1,4% e em caso de dor adicionar xilocaína viscosa a 2%. Estes podem ter uma função desbridante (utilizado para reter crostas e placas), antimicótica (candidíase oral), antisséptica (gingivite, estomatites, aftas e halitose) ou anestésica (úlceras da mucosa bucal).
- Em doentes com sobrevidas mais curtas uma limpeza simples da boca, com soro, água ou clorhexidina pode bastar.

**ANEXO XI**

**Folheto Informativo: "Insónia"**

## Não Esquecer!

- A maioria dos doentes em fim de vida apresenta, a dada altura, dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir.
- Este estado de insónia pode ser causado pela ansiedade, o medo, a tristeza ou outras preocupações de carácter psicológico ou espiritual.
- Por outro lado, os problemas físicos como a dor, a febre, o prurido, o enjoo, os vómitos e a tosse podem causar insónia, pelo que não devem ser desvalorizados.

A Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Paliativos encontra-se disponível para retirar todas as suas dúvidas através do telefone 217104459.

# INSÓNIA



Unidade de Cuidados Paliativos

4HR

2011

**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.º Marques da Gama

**Orientador de Estágio:**

Enf.º Joel Ferreira



INSTITUTO DE SAÚDE DA LUZ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## CONCEITO

A **INSÓNIA** consiste na "sensação subjectiva de se dormir mal, ou seja pode significar que o tempo de sono foi insuficiente, não foi reparador e que a pessoa teve dificuldade em iniciar ou manter o sono".

(Manual de Cuidados Paliativos, 2010)

- **Estes estados de insónia devem-se:**
  - **Parassónias** (pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo, enurese - perda involuntária e repetida de urina à noite);
  - **Narcopleisia** (sonolência diurna excessiva);
  - **Problemas associados à respiração** (ápnea do sono, acessos de tosse, respiração superficial);
  - **Alteração do Estado Físico** (existência de dor, enjoos, febre, vômitos, prurido...);
  - **Factores Psicológicos** (ansiedade, medo, estados depressivos, perturbações mentais);
  - **Inadequada Higiene do Sono** (os barulhos constantes, a temperatura do quarto desagradável, as interrupções constantes do sono devido às manobras assistenciais ou a ingestão de bebidas estimulantes);
  - **Factores Iatrogénicos** (interrupção da toma de sedativos que actuam a nível do Sistema Nervoso Central, barbitúricos, anti-histamínicos, álcool...);
  - **Perturbação do ritmo circadiano do sono.**

## ESTRATÉGIAS

Por forma tentar ultrapassar esta perturbação do sono deve:

- Aumentar a actividade diária se possível;
- Evitar a estimulação ambiental excessiva (luzes acesas, ruídos constantes, calor ou frio extremos);
- Não ingerir substâncias estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) como a nicotina, o álcool e a cafeína que se encontra presente no café, chás, colas, chocolates, etc. Até a cafeína usada como ingrediente em alguns alimentos pode prejudicar o sono das pessoas mais sensíveis;
- Evitar dormir ao longo do dia como forma de prevenir a inversão do ritmo de sono/vigília;
- Manter padrões regulares de sono, pois o nosso relógio biológico responde melhor se for habituado a horários regulares;
- Praticar rotinas relaxantes antes de dormir como tomar um banho, ouvir música calma, ler um pouco, conversar, assistir a um filme;
- Usar as mais diversas técnicas de relaxamento. Por exemplo: progressivamente contrair e relaxar todos os músculos do corpo, começando pelos dedos dos pés e terminando na face. Massajar suavemente o couro cabeludo, as costas ou os pés do seu familiar. Ajude-o a visualizar uma situação ou paisagem que lhe traga satisfação e tranquilidade;
- Deve facilitar a expressão emocional, com atenção especial às preocupações e medos associados à sua situação clínica, ou seja, passe momentos calmos com o doente, escutando-o e conversando. A oportunidade de exprimir os seus sentimentos contribuirá muito para aliviar os problemas emocionais do doente e faz com que este se sinta acarinhado e acompanhado nesta fase da sua vida.
- Realizar somente tarefas assistências nocturnas que sejam imprescindíveis para o seu familiar;



- Eliminar estímulos externos;
- Evitar a ingestão excessiva de alimentos antes de dormir;
- Proporcionar uma bebida quente antes de dormir:
  - Ingerir um copo de leite morno ou com mel pode ser muito tranquilizante pois o leite contém o aminoácido triptofano, que relaxa os músculos e induz o sono;
  - Em alternativa pode-se optar por ingerir chás à base de ervas como camomila, erva-doce, erva-cidreira, etc.
- Deve promover o conforto do seu familiar:
  - Manter os lençóis limpos, bem esticados e tão livres de rugas quanto possível;
  - Posicionar o doente numa posição confortável;
  - Garantir que não há claridade excessiva no quarto e que a temperatura é agradável. Mesmo a pouca luz pode atrapalhar o sono de algumas pessoas;
  - Usar protectores nos ouvidos, se o barulho incomodar e não houver como eliminá-lo;
  - Escolher o colchão adequado para seu peso e altura. Colchões muito macios ou muito duros são contra-indicados.

## **ANEXO XII**

**Sessão Formativa:**

**"Terapias não farmacológicas - a sua utilização em cuidados paliativos  
para o alívio da dor"**



## TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

### A SUA UTILIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA O ALÍVIO DA DOR

(Formação dirigida aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz)

Formadoras: Enf.ª Ana Rita Oliveira  
Enf.ª Catarina Alves

Ministério da Saúde, Instituto de Medicina Paliativa em Lisboa, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)

Junho 2011

## OBJECTIVOS DA SESSÃO

**OBJECTIVO GERAL:**

- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem da unidade de cuidados paliativos no alívio da dor.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- Rever o conceito de Dor;
- Definir Terapia Não Farmacológica;
- Dar a conhecer as diferentes terapias não farmacológicas utilizadas para o alívio da Dor.

## CUIDADOS PALIATIVOS

*"abordagem que procura melhorar a qualidade de vida de doentes e suas famílias perante uma situação de doença ameaçando a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando precocemente, avaliando e tratando de forma rigorosa o dor e outros problemas físicos, psico-sociais e espirituais".*

(OMS, 2002)

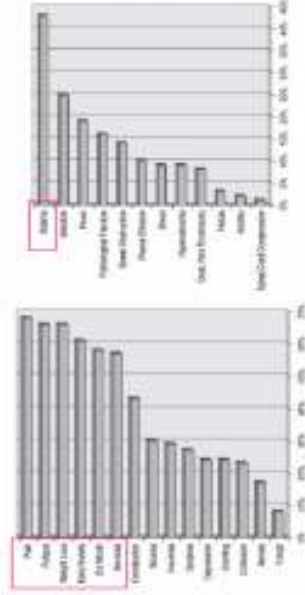
## Acute Inpatient Palliative Medicine in a Cancer Center: Clinical Problems and Medical Interventions—A Prospective Study

Ruth Lapines, MD, MPH, Nils Rivera, MD, Declan Walsh, MS, FRCP, Yuhui Sison, LeGrand, MD, FACE, and Madar F. Dross, MD, FCCP

*The clinical characteristics and medical interventions of the 100 consecutive cancer admissions to the acute inpatient palliative medicine service at the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) were analyzed. Clinical outcomes, medical interventions, and patient characteristics were provided. Palliative medicine interventions provided continuity of care in the inpatient setting and at least two acute palliative medicine consults were within a working level medical center for a difficult and important role in comprehensive cancer care.*

Keywords: hospital acute care; palliative medicine

## PRINCIPAIS SINTOMAS



(JAGANN et al., 2007)

## CONCEITO DE DOR

"Uma experiência multidimensional desagradável, envolvida não só uma componente sensorial mas, também, uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão".

(IASP - International Association for the Study of Pain)

"Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervinem e contribuem para a sua subjectividade".

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

## DOR ONCOLÓGICA

A **DOR ONCOLÓGICA** é descrita por Cicely Saunders como "DOR TOTAL" pois afecta todos as dimensões do ser humano (física, emocional, social, espiritual).

### DOR INDOLESCENTE

«DOR VISCERAL – apresenta quando existe infiltração visceral ou compressão pélvica e abdominal (dor tipo ganada, cólica, calimbera, pontada - EX: sigmóide aguda)  
 «DOR SOMÁTICA – activa receptores cutâneos profundos, é constante e para com o movimento (dor tipo moimbo, pressão - EX: metástases ósseas, dor pós-operatória)

### DOR NEUROPÁTICA

«Um tipo de dor crónica causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso que, frequentemente, é descrita como sensação dolorosa de queimadura, formigueria ou choque eléctrico.  
 Ex: processos tumorais infiltrativos, lesões subjacentes à radioterapia...

## TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As **Terapias não farmacológicas** ou **complementares**, consistem na aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos.

É **IMPORTANTE QUE O ENFERMEIRO:**

- Conheça as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Selecione as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível;
- Utilize intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica.

## TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Massagem Terapêutica;
- Aplicação de Frio ou Calor (Termoterapia e Crioterapia);
- Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea (TENS);
- Musicoterapia;
- Relaxamento;
- Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson;
- Imaginação Guiada;
- Distração.

## MASSAGEM TERAPÉUTICA

A MASSAGEM é considerada uma das principais formas de realizar a estimulação cutânea, e pode ser definida como a "manipulação dos tecidos moles do corpo (geralmente músculos, tendões e ligamentos), executada com as mãos, com a finalidade de produzir efeitos positivos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso".

(JUI, 2008)

- O intuito da massagem é promover um encontro entre o corpo e mente.

## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### BENEFÍCIOS:

- Melhora a circulação pelo aumento do fluxo sanguíneo e linfático;
- Estimula a drenagem venosa;
- Aumenta o metabolismo do tecido muscular e a sua elasticidade;
- Promove o relaxamento através do aumento da actividade parasimpática e redução da actividade simpática o qual proporciona uma sensação de conforto e bem estar ao doente oncológico.

(FERREIRA, LAURETTI, 2007)

### CONTRAINDICAÇÕES:

- Não devem ser massajadas as regiões onde existem massas tumorais visíveis, zonas de lesão de cutânea e feridas infectadas.

Esta sensação de bem estar deve-se à **estimulação da produção de Endorfinas** (que são os analgésicos naturais do corpo).

## MASSAGEM TERAPÉUTICA

- Esta terapia exige **complicidade/confiança** entre o terapeuta e o doente. Devem ser estimulados os diversos sentidos para que esta experiência seja mais enriquecedora;
- Deve-se **respeitar as limitações** de cada doente;
- **Torna-se necessário criar um ambiente tranquilo e acolhedor** para que os efeitos positivos da massagem possam ser potenciados :
  - Ter uma iluminação suave no quarto;
  - Garantir a privacidade;
  - Providenciar música suave (ou se o doente preferir devemos privilegiar o silêncio total).

## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### MOVIMENTOS BÁSICOS:

- Effleurage (Deslizamento);
- Petrisage (Amassamento);
- Tapotement (Percussão);
- Fricção;
- Feathering (Toque Suave).

• Todos estes movimentos de massagem têm como objectivo activar a circulação pelo que em regra geral devem ser feitos em direcção ao coração.

## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### EFFLEURAGE (Deslizamento)

- É o movimento suave e deslizado, que permite ao terapeuta aplicar o óleo ou loção pelo corpo do paciente, fazendo com que este se habitue às suas mãos;
- Promove a relação de confiança e entrega entre os intervenientes durante a massagem;
- Pode também ser usado como movimento de ligação entre os outros movimentos ou tipos de golpes;
- Quando é efectuado lentamente potencia o relaxamento. Se efectuado de forma mais rápida, potencia a circulação sanguínea e estimula os tecidos.



## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### PETRISSAGE (Amassamento)

- Consiste no movimento de suave bolcandura que permite activar a circulação sanguínea e fazer aliviar o sangue aos pequenos capilares da pele;
- Esta técnica ajuda a libertar toxinas para a corrente sanguínea, facilitando a sua excreção;
- Os tecidos podem ser comprimidos contra os ossos subjacentes ou apertados com as mãos;
- A chave para um bom movimento de petrisage é fazê-lo com a mesma pressão durante toda a massagem, lenta e ritmadamente;
- Este movimento promove a circulação sanguínea, estimula a actividade glândular, aquece os tecidos moles, torna os músculos e fáscias mais flexíveis, reduz a tensão muscular, alivia dor e promove relaxamento.



## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### TAPOTEMENT (Percussão)

- Este movimento consiste em, suave e rapidamente, tamborilar os dedos sobre o corpo, alternando individualmente com as técnicas planas;
- O movimento de percussão pode ser classificado em leve ou pesado, sendo que a força dos golpes determina a profundidade de penetração;
- Este movimento funciona como um anestésico, estimulando as terminações nervosas e promovendo o fluxo sanguíneo.



## MASSAGEM TERAPÉUTICA

### FRICÇÃO

- Esta técnica consiste em aplicar pequenos movimentos numa área local, sem deslocamento sobre a pele;
- Facilita a perfusão sanguínea;
- Permite mobilizar os músculos, estimular o fluxo sanguíneo e linfático, bem como prevenir e dissolver aderências que restringem os movimentos e provocam dor.

### FEATHERING (Toque Suave)

- É o movimento de esfregar levemente os dedos sobre a pele, potenciando o relaxamento muscular;
- O feathering é um movimento extremamente suave e relaxante, geralmente usado para juntar outros movimentos em sequência ou terminar uma sessão de massagem.



## APLICAÇÃO DE FRIO OU CALOR

### TERMOTERAPIA (Aplicação de Calor)

- Consiste na aplicação directa de calor sobre a zona dolorosa. Esta estimulação química é utilizada para o alívio da dor oncológica em cuidados paliativos;
- Promove o relaxamento e pode ser aplicado de forma profunda (através de ondas curtas, ultra-som e laser) ou de forma superficial;
- A **TERMOTERAPIA SUPERFICIAL** utiliza o calor seco, por exemplo através de bolsa térmica e o calor húmido, através do banho ou compressas embebidas em água quente ou parafina;



## APLICAÇÃO DE FRIO OU CALOR

### TERMOTERAPIA (Aplicação de Calor)

- Deve-se utilizar o calor numa intensidade confortável para não causar mais dor e evitar queimaduras;
- Aplicar durante 20 minutos;
- Não se deve aplicar em áreas de insuficiência vascular, sob tecidos lesados ou infectados e em áreas corporais onde anteriormente foi realizada radioterapia localizada.



A **TERMOTERAPIA SUPERFICIAL** é **contra-indicada** quando aplicada directamente sobre as **áreas onde o tumor maligno se encontra**, pois o calor promove o **aumento da irrigação sanguínea** no local, o que aumenta o risco de **disseminação de células tumorais** por via sanguínea e linfática.

## APLICAÇÃO DE FRIO OU CALOR

### CRIOTERAPIA (Aplicação de Frio)

- Consiste na aplicação directa de frio sobre a zona dolorosa;
- É muito utilizada no alívio da dor musculoesquelética de origem traumática ou inflamatória;
- A redução da temperatura local provoca vasoconstricção estimulando relaxamento muscular, analgesia local e a redução do edema;
- Deve-se aplicar no local da dor, durante 10 minutos para reduzir a hipótese de lesão tecidual.

(WENG et al., 2001)

- A **crioterapia** deve ser evitada em regiões onde a **integridade vascular** esteja comprometida, quando existe **intolerância ao frio**, quando existe **insuficiência vascular periférica**, quando se possui um **tumor compressivo que provoca a redução da circulação local** e em locais que foram sujeitos a **radioterapia recente**.

## Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea (TENS)

A estimulação eléctrica nervosa transcutânea (TENS) é um método que utiliza a corrente eléctrica para a indução da analgesia. Esta permite não só controlar a dor como também promove o fortalecimento muscular e a diminuição de edemas.

É uma técnica não invasiva, de fácil aplicação, com poucas contra-indicações, efeitos colaterais e de baixo custo.

• Para o fornecimento da corrente eléctrica, usa-se uma unidade operada por bateria, com electrodos aplicados à pele, através de uma fina camada de gel, para permitir a transmissão dos impulsos eléctricos na área da dor.



## Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea (TENS)

### CLASSIFICA-SE EM 4 MODALIDADES:

Convencional, Acupuntura, em Rajadas e Breve-Intensa.

**DOR AGUDA:** utiliza-se a TENS convencional (baixa intensidade e alta frequência - 10 a 200 Hz). Nesta modalidade o efeito analgésico deve-se à estimulação das fibras de maior diâmetro a nível medular.

**DOR CRÓNICA:** utiliza-se a Acupuntura (alta intensidade e baixa frequência - 2 a 4 Hz). Nesta modalidade o efeito analgésico deve-se à estimulação das fibras de menor diâmetro a nível da supraspinal (filtração de transmissores opióides e endorfinas).

• É contra-indicada em doentes portadores de Pacemaker e não pode ser utilizada quando a pele do doente não se encontra íntegra e a sensibilidade táctil não estiver mantida.

## MUSICOTERAPIA

*"A musicoterapia é um método que emprega a som para alterar os estados emocional, físico e comportamental, auxiliando na focalização da atenção em outro estímulo que não seja a dor".*

[WALL, 2006]

### A NÍVEL FÍSICO A MUSICOTERAPIA:

- reduz a frequência respiratória;
- reduz a frequência cardíaca;
- reduz a pressão arterial;
- provoca alterações no metabolismo;
- diminui a fadiga física e o stress;
- contribui para o relaxamento muscular.



## MUSICOTERAPIA

- A nível mental e psicológico a musicoterapia altera o estado de ânimo, promove a expressão não verbal de sentimentos e estimula a imaginação.
- Um estudo revela que a musicoterapia aplicada a doentes com dor em Cuidados Paliativos contribuiu para diminuição da dor, para um melhor discurso, relaxamento e tranquilidade. (GONÇALVES, 2001)
- A musicoterapia apresenta poucos efeitos secundários e é bem aceite pelos doentes. Assim, e de acordo com a disponibilidade demonstrada pelos doentes, a escolha musical deve ir de encontro aos gostos pessoais de cada um.

## RELAXAMENTO

- Esta técnica tem como objectivo diminuir a tensão e ansiedade, actuando benéficamente sobre a saúde física, mental e emocional.
- Para fazer relaxamento é necessário criar um ambiente confortável, aquecido, à meia-luz e silencioso.
- O **controlo da respiração** é um dos principais componentes das técnicas de relaxamento, para isso devemos:
  - Colocar as mãos no peito ou costas do doente;
  - Pedir ao doente para se concentrar nos seus movimentos de inspiração e expiração, fechando os olhos;
  - Induzir suavemente, uma respiração ritmada e suave;
  - Lentamente levar o doente a relaxar os restantes músculos do corpo.

## Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson

Técnica desenvolvida por um médico norte americano chamado Jacobson, onde é utilizada a **contração muscular seguida de relaxamento**, de diversos grupos musculares, iniciando nos membros, depois o tronco e a cabeça. Este relaxamento demora em média 20 minutos a ser realizado.

### TÉCNICA:

1. Deitar de costas com os braços e pernas soltos e olhos fechados;
2. Contrair os pés em forma de garra. Sentir a tensão, manter por alguns segundos e relaxar enquanto se expira;

## Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson

3. Esticar os pés, sentir a tensão nos músculos da barriga da perna, manter por alguns segundos e relaxar enquanto se expira;
4. Contrair os músculos das nádegas, manter por alguns segundos e relaxar enquanto se expira;
5. Espalhar o abdómen, manter por alguns segundos e relaxar enquanto se expira;
6. Contrair os músculos das costas como se quisesse se desprender do apoio, manter por alguns segundos e relaxar enquanto se expira;
7. Elevar os ombros na direcção das orelhas, sentir a tensão e relaxar;

## Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson

8. Levantar os braços estendidos em direcção ao tecto, manter e relaxar vagarosamente;
9. Fechar os olhos apertando-os, manter e relaxar;
10. franzir as sobrancelhas, sentir a tensão dos músculos da testa e relaxar;
11. Apertar os lábios, manter e relaxar. Os dentes devem estar separados e os lábios soltos;
12. Olhar para o tecto, para baixo, para os lados e relaxar.

### TERMINO DO RELAXAMENTO...

## IMAGINAÇÃO GUIADA

A imaginação guiada funciona como uma distração, ocorrendo assim, uma diminuição da sensação de dor. Esta técnica consiste em conciliar o relaxamento e a respiração, com a visualização de imagens mentais utilizando o maior número de sentidos.

### TÉCNICA:

1. Iniciar com os exercícios respiratórios;
2. Levar o doente a imaginar um lugar calmo e agradável, um lugar onde se sinta bem;
3. Se esse lugar tiver sons, músicas, sensações, cheiros induzir o doente a senti-los, a imaginá-los.

Esta técnica para ser realizada é necessário tempo, um ambiente tranquilo e o empenho do doente.

## DISTRACÇÃO

Esta técnica consiste em focar a sua atenção num outro estímulo diferente da dor, como por exemplo:

- Televisão
- Leitura
- Conversar com alguém
- Realização de trabalhos manuais - arte

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### AS TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

- Devem ser utilizadas como adjuvantes no controlo da dor e promoção do conforto.
- Permitem ao doente participar na sua execução, contribuindo para reforçar a sua autonomia.
- Exige dos profissionais o desenvolvimento de competências relacionais e aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos.

## BIBLIOGRAFIA

- FERRERA, Adriana; LAURETTI, Gabriela - Massoterapia como técnica adjuvante no controlo da dor em pacientes oncológicos sob cuidados Palliativos - Publica Hospitalar. Rio de Janeiro, Ano 18, Nº53, set-out (2007), P. 381-383.
- LADITHYUS, Hithesh et al - Acute Inpatient Palliative Medicine in a Cancer Center: Clinical Problems and Medical Interventions - A perspective study. *American Journal of Hospice Care*, 2012; 27(3): 271-274
- LIU, Y.; FARRICELLI, T. N. - The role of music therapy in the relief of cancer pain. *Nursing Standard*, v. 22, n. 21 (2008), p. 35-40.
- YENIG, I. E. et al - Medicina física e reabilitação em doentes com dor crónica. *Rev. Medicina*, 33o Volume, n. 80, n. 2 (2009), p. 245-255, 2001.
- VALLI, M. H. - Análisis de manejo e alternativas. *Rev. Brasileira de Anestesiologia*, São Paulo, v. 56, n. 5 (2006), p. 530-531.



**QUESTÕES?**

The graphic features a central text "QUESTÕES?" in blue, surrounded by nine small images:

- Top-left: A close-up of a hand.
- Top-middle: A blue surgical cap.
- Top-right: A collage of four images showing people in various settings, including a person in a blue uniform.
- Middle-left: A close-up of hands being washed with soap.
- Middle-right: A white hand sanitizer dispenser with a pump.
- Bottom-left: A collage of four images showing people in various settings, including a person in a white uniform.
- Bottom-middle: A green surgical cap.
- Bottom-right: A close-up of hands being washed with soap.

**ANEXO XIII**

**Folheto Informativo: "Massagem Terapêutica"**

## Não Esquecer!

- O intuito da massagem é promover um **encontro entre o corpo e a mente**.
- Esta sensação de bem estar deve-se à **estimulação da produção de Endorfinas** (que são os analgésicos naturais do corpo).
- Todos estes **movimentos de massagem** têm como objectivo activar a circulação pelo que em regra geral devem ser feitos **em direcção ao coração**.
- Esta terapia exige **cumplicidade e confiança** entre o terapeuta e o doente.
- Deve ser criado um ambiente **tranquilo e acolhedor** para que os efeitos positivos da massagem possam ser potenciados: garantir a **privacidade, ter uma iluminação suave do quarto, providenciar música** ou se o doente preferir **privilegiar o silêncio...**

# MASSAGEM TERAPÊUTICA



**Unidade de Cuidados Paliativos**

**4HR**

**2011**

### **Autoras:**

Ana Rita Oliveira  
Catarina Filipa Ferraz Alves

### **Orientadora:**

Prof.ª Marques da Cama

### **Orientadores de Estágio:**

Enf.ª Joel Ferreira  
Enf.ª Marco Vieira



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE  
ONCOLOGIA CLÍNICA DA LUZ**

## CONCEITO

A **MASSAGEM** é considerada uma das principais formas de realizar a estimulação cutânea, e pode ser definida como a "manipulação dos tecidos moles do corpo (geralmente músculos, tendões e ligamentos), executada com as mãos, com a finalidade de produzir efeitos positivos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso" (LIU, 2008)

## BENEFÍCIOS DA MASSAGEM:

- Melhora a circulação pelo aumento do fluxo sanguíneo e linfático;
- Estimula a drenagem venosa;
- Aumenta o metabolismo do tecido muscular e a sua elasticidade;
- Promove o relaxamento através do aumento da actividade parassimpática e redução da actividade simpática o que proporciona uma sensação de conforto e bem estar ao doente oncológico.

(FERREIRA, LAURETTI, 2007)

## OS MOVIMENTOS BÁSICOS



### Effleurage (Deslizamento)

- É o movimento suave e deslizante, que permite ao terapeuta aplicar o óleo ou loção pelo corpo do paciente, fazendo com que este se habitue às suas mãos;

- Quando efectuado lentamente potencia o relaxamento e de forma mais rápida, potencia a circulação sanguínea e estimula os tecidos.



### Tapotement (Percussão)

- Este movimento consiste em, suave e rapidamente, tamborilar os dedos sobre o corpo, alterando individualmente com se tocasse plano;



- Este movimento funciona como um anestésico, estimulando as terminações nervosas e promovendo o fluxo sanguíneo.



### Petrissage (Amassamento)

- Consiste no movimento de suave beliscadura que ajuda a libertar toxinas para a corrente sanguínea, facilitando a sua excreção;
- A chave para um bom movimento de petrissage é fazê-lo com a mesma pressão durante toda a massagem, lenta e ritmadamente;
- Este movimento promove a circulação sanguínea, estimula a actividade glandular, aquece os tecidos moles, torna os músculos e fáscias mais flexíveis, reduz a tensão muscular, alivia dor e promove relaxamento.



### Feathering (Toque Suave)

- É o movimento de esfregar levemente os dedos sobre a pele, potenciando o relaxamento muscular;
- O Feathering é um movimento extremamente suave e relaxante, geralmente usado para juntar outros movimentos em sequência ou terminar uma sessão de massagem.

### Fricção

- Esta técnica consiste em aplicar pequenos movimentos numa área local, sem deslizamento sobre a pele;
- Permite mobilizar os músculos, estimular o fluxo sanguíneo e linfático, bem como prevenir e dissolver aderências que restringem os movimentos e provocam dor.

**ANEXO XIV**

**Poster: "Separação de Resíduos Hospitalares"**

## SACO PRETO

### Grupos I e II - Resíduos Não Perigosos



#### LIXO NÃO CONTAMINADO

Papéis das Mãos,  
Ampolas de Medicação,  
Embalagens, Invólucros  
de Medicação...

## SACO BRANCO

### Grupos III - Resíduos Perigosos



#### LIXO CONTAMINADO

**Resíduos contaminados  
com Sangue**  
**(Sistemas de Perfusão,**  
**Compressas)**

Elaborado por: Catarina Alves

Orientadora: Enf.ª Marques da Gama

Orientadora de Estágio: Enf.ª Albina Agrelo

**ANEXO XV**

**Poster: "Higienização das Mãos"**



**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.<sup>a</sup> Marques da Gama

**Orientadora de Estágio:**

Enf.<sup>a</sup> Albina Agrelo



**ANEXO XVI**

**Instrumento de Auditoria Interna da Qualidade:**

**" Manipulação do Cateter Venoso Central e respetiva Substituição dos  
Sistemas de Perfusão"**

## **AUDITORIA INTERNA DE QUALIDADE**

Manipulação do Cateter Venoso Central  
e Substituição dos Sistemas de Perfusão

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**2011**

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UCI Polivalente

UCI Cirúrgica

Nº do Processo do Doente: \_\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

### Critérios A Avaliar

	SIM	NÃO	N/A
1. O enfermeiro, antes de manipular o CVC, procede á lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Em qualquer cuidado prestado ao CVC, é assegurada a técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O enfermeiro coloca máscara de protecção antes de iniciar a realização do penso ao CVC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O enfermeiro observa e palpa suavemente a zona circundante do local de inserção do CVC e dos pontos de sutura de fixação á pele, de forma a despistar sinais inflamatórios e respectivas complicações no seu trajecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procede-se à lavagem com Soro Fisiológico da zona circundante da inserção do CVC, incluindo os pontos de sutura de fixação à pele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O penso do local de inserção do CVC é substituído sempre que se encontre húmido, descolado ou repassado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os pensos do CVC de gaze são substituídos a cada 2 dias e os pensos impermeáveis e transparentes deverão ser substituídos a cada 7 dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Antes de realizar a substituição dos sistemas de perfusão de terapêutica intravenosa, o enfermeiro deve verificar a permeabilidade dos ramos do CVC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando não estão a ser utilizados, os acessos das torneiras são mantidos fechados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. É utilizada técnica asséptica na desconexão e conexão do novo sistema de administração intravenosa (IV).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Procede-se à desinfecção com solução alcoólica ou álcool a 70º das zonas de conexão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. São colocadas as zonas de conexão sobre compressas esterilizadas utilizando técnica asséptica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os sistemas de perfusão intravenosa, incluindo torneiras e prolongamentos, são substituídos a cada 72H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os sistemas de administração utilizados na perfusão de Propofol, são substituídos a cada 6-12H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Os sistemas de administração de Alimentação Parentérica são trocados a cada 24H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os sistemas utilizados na infusão de Sangue e Derivados são substituídos a cada 4 H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os obturadores são substituídos no prazo de 72H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O novo sistema de perfusão é etiquetado com a data e hora em que foi efectuada a substituição, sendo colocada a etiqueta na base da câmara da gota.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O enfermeiro retira as luvas e procede á lavagem das mãos após realizar qualquer cuidado ao CVC.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO XVII**

**Procedimento de Atuação: " Manipulação do Cateter Venoso Central"**

## **PROCEDIMENTO DE ACTUAÇÃO:**

Manipulação de Cateter Venoso Central

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**2011**

## DEFINIÇÃO

O **Cateter Venoso Central** (CVC) consiste num acesso venoso rápido de grande calibre que é utilizado para situações de emergência onde exista a necessidade de:

- Administração de grande volume de soros, hemoderivados e/ou medicação, rapidamente;
- Administração de soluções intravenosas em situação de colapso do sistema venoso periférico (choque);
- Administração de medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico (ex.: cardiotónicos, catecolaminas, quimioterapia);
- Administração de soluções de alta osmolaridade (> 800 mOsm/l);
- Administração de terapias prolongadas que requerem um acesso venoso duradouro (ex.: nutrição parentérica; quimioterapia);
- Medição da Pressão Venosa Central durante ou após uma medida terapêutica ou cirúrgica.

## OBJECTIVOS

1. Controlar a fixação e a permeabilidade do cateter;
2. Despistar complicações associadas à manutenção de uma via endovenosa central;
3. Prevenir complicações infecciosas.

## SIGLAS UTILIZADAS

**CVC** – Cateter Venoso Central

**SF** – Soro Fisiológico

## DESTINATÁRIO

- Este procedimento destina-se a todos os **enfermeiros** da Unidade de Cuidados Intensivos.

## INDICAÇÕES

- A escolha do local inserção do CVC está dependente da anatomia do doente e do médico que executa o procedimento. Os locais de possível punção são:

- Veia Jugular (interna e externa);
- Veia Subclávia;
- Veia Basílica;
- Veia Femural.

- O **acesso jugular direito** é o mais indicado, sobretudo para pacientes acima de 60 anos que possuam deformidades torácicas ou estejam sujeitos a ventilação mecânica com alta dependência de PEEP.

- Geralmente, se o uso dos CVC é de curta duração, são escolhidos **CVC de poliuretano** que têm uma **viabilidade de utilização de trinta dias**. Este material à temperatura normal do organismo fica mais suave e mais flexível, reduzindo o risco de irritação da parede venosa. Para outras aplicações de **longa duração** são geralmente aplicados **catéteres de silicone** por possuírem grandes capacidades mecânicas e de biocompatibilidade (MOTSCH, 2002).

- Contudo o CVC deve ser retirado o mais brevemente possível, pois o tempo de permanência está directamente relacionado com o aumento da infecção/colonização.

- O CVC deve ser removido se houver suspeita de infecção (a febre não deve ser o único indicador, deve ser feita uma avaliação clínica do utente, pesquisar se a infecção se encontra noutra local ou se a febre é de origem não infecciosa).

- A substituição dos cateteres por rotina, para controlar a infecção, está contraindicada.

## SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

Tendo em conta o procedimento a ser realizado, inicialmente o **enfermeiro** deverá:

- Explicar o procedimento ao doente e solicitar a sua colaboração;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Dispor o material a utilizar de forma funcional.

### SUBSTITUIÇÃO DO PENSO PROTECTOR DO LOCAL DE INSERÇÃO DO CVC

RECURSOS:

- Luvas Esterilizadas;
- Máscara;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Compressas Estéreis;
- Solução Alcoólica;
- Penso Oclusivo (de gaze ou semipermeável e transparente).

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Colocar máscara de protecção;	- Prevenir a contaminação e a infecção.
2. Retirar o penso do local de inserção do cateter;	
3. Observar o local de inserção do cateter e dos pontos de sutura de fixação à pele;	
4. Lavar as mãos;	
5. Calçar luvas esterilizadas;	
6. Observar e palpar suavemente a zona circundante;	-Despistar o aparecimento de sinais inflamatórios e/ou infecciosos. Avaliar a integridade das linhas de sutura. Detectar complicações no trajecto.
7. Proceder à lavagem com SF da zona circundante da inserção do CVC, incluindo os pontos de sutura de fixação à pele;	-Remoção de resíduos ou outros corpos que possam promover um ambiente propício a infecção. Manutenção da zona circundante limpa.
8. Proceder à desinfeção com Solução Alcoólica ou Clorhexidina 2% da zona de inserção do cateter;	- Prevenir a infecção.
9. Colocar novo penso protector;	
10. Providenciar a recolha e a arrumação do material;	-Manter a unidade do doente arrumada.
11. Lavar as mãos.	-Prevenir a infecção.
12. Efectuar os registos.	

- Este penso deve ser mudado de **48H, no caso de um penso convencional**, ou pode permanecer até **7 dias se for um penso de semipermeável transparente**. Porém, deve ser mudado se estiver húmido, com repassado, ou descolado (PITTET, 2004).

- Utilizar Técnica Asséptica (PAUCHET-TRAVERSAT [et. al.], 2003).

## ORIENTAÇÃO PARA PRÁTICA:

A colheita de sangue através do CVC é um procedimento seguro e fiável que permite diminuir a dor e o desconforto sentidos pelo doente, impede a venodisseção, os hematomas e as inflamações associadas às sucessivas tentativas de colheita de sangue através da punção venosa periférica.

### COLHEITA DE SANGUE PARA ANÁLISE ATRAVÉS DE CVC

#### RECURSOS:

- Luvas Esterilizadas;
- Seringas Estéreis;
- Compressas Estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Tubos para colheita.

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Interromper quaisquer soluções que estejam em perfusão no lúmen (o preferencial para as colheitas de sangue é o lúmen proximal);	-Impedir a mistura do sangue a colher com a solução que se encontra em curso.
2. Calçar luvas;	- Prevenir a contaminação e a infecção.
3. Clampar o lúmen da colheita;	-Impedir o refluxo de sangue não controlado.
4. Colocar compressas por de baixo lúmen de colheita;	-Prevenir a contaminação do sistema de administração ou o lúmen do cateter.
5. Conectar uma seringa de 5cc á torneira de 3 vias (ou directamente ao lúmen) e aspirar a quantidade de sangue que elimine quaisquer soluções presentes;	-Evitar desperdício de sangue.
6. Clampar o lúmen;	-Impedir o refluxo de sangue não controlado.
7. Conectar uma nova seringa do tamanho adequado à quantidade de sangue a colher e aspirar o sangue;	
8. Clampar o lúmen;	
9. Reintroduzir o sangue aspirado;	-Evitar o desperdício de sangue e a descida do valor da hemoglobina por repetidas colheitas de sangue.
10. Proceder à lavagem do lúmen com SF e um obturador ou heparinizar o lúmen do CVC caso este não esteja a ser utilizado;	-Manter a permeabilidade do ramo do cateter.
11. Abrir o controlador de gota e regular o ritmo da perfusão de acordo com a aspiração;	-Reiniciar a perfusão.
12. Lavar as mãos.	-Prevenir a contaminação.

### **SUGESTÃO:**

- Quando **deixar de utilizar um lúmen do CVC**, a **heparinização** deste ramo deve ser **repetida semanalmente** ou sempre que se utilize o lúmen para colheita de sangue.
- Deve proceder da seguinte forma: realizar uma **lavagem do lúmen com 10 ml de SF 0,9%** e seguidamente introduz-se a solução de **soro com heparina (100 UI/5ml)**.
- Esta solução deve ser sempre retirada (retirar cerca de 10 ml de sangue) e desperdiçada aquando da realização de nova heparinização ou antes de nova utilização desse lúmen.
- Se durante a lavagem, ou nova heparinização, sentir resistência e não puder retirar sangue, não deve continuar a tentar lavar, uma vez que essa situação pode estar relacionada com a presença de um trombo, podendo essa tentativa de desobstrução levar à deslocação do trombo.

### **REGISTOS**

1. Características do local de inserção do CVC e dos pontos de fixação;
2. Tipo de limpeza e desinfeção utilizada;
3. Data da próxima realização do penso.

### **BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA**

- GARLAND, Jeffrey; HENRIKSSON, Kelly; MAKI, Denis G. (2002). *The 2002 Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Centers for Disease Control and Prevention Guideline for Prevention of Intravascular Device-Related Infection*. In *Pediatrics*, Volume 110, Issue 5, p. 1009-1013. ISSN: 7708221.
- IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2010). *Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN: 972-97200-1-0.
- MACHADO, Paulo. (1995). *Cateter Venoso Central*, in: *Divulgação*, Ano IX, n.º 33, Porto: Janeiro de 1995, pág. 9 – 31.

- MOTSH, Johann. (2002). *Guide for Central Venous Catheterization*, [Consultado em 25/02/2011]. Disponível em U RL: [http:// www.cvc-partner.com](http://www.cvc-partner.com)
- PAUCHET-TRAVERSAT A., [et al.] (2003) *Cuidados de Enfermagem: Fichas Técnicas*. Lisboa: Lusodidacta. 856 p. ISBN: 9789728383510.
- PITTET, Didier. (2004). *Catheter and Hygiene*, 2004, [Consultado em 25/02/2011]. Disponível em U RL: <http://www.cvc-partner.com>
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2009). *Infection Control Guidelines: Preventing Intravascular Access Devices*. [on-line]. Ottawa: Public Health of Agency of Canada [consultado em 26/02/2011]. Disponível em URL: [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8iiadi\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8iiadi_e.html)

## AUTORES

Enf.ª Catarina Alves

**Sob. Orientação:** Enf.ª Albina Agrelo

**ANEXO XVIII**

**Procedimento de Atuação:**

**" Substituição dos Sistemas de Perfusão no Cateter Venoso Central "**

## **PROCEDIMENTO DE ACTUAÇÃO:**

Substituição de Sistemas de Perfusão do Cateter  
Venoso Central

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**2011**

## DEFINIÇÃO

O **Cateter Venoso Central** (CVC) consiste num acesso venoso rápido de grande calibre que é utilizado para situações de emergência onde exista a necessidade de:

- Administração de grande volume de soros, hemoderivados e/ou medicação, rapidamente;
- Administração de soluções intravenosas em situação de colapso do sistema venoso periférico (choque);
- Administração de medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico (ex.: cardiotónicos, catecolaminas, quimioterapia);
- Administração de soluções de alta osmolaridade (> 800 mOsm/l);
- Administração de terapias prolongadas que requerem um acesso venoso duradouro (ex.: nutrição parentérica; quimioterapia);
- Medição da Pressão Venosa Central durante ou após uma medida terapêutica ou cirúrgica.

A mudança de todos os sistemas de perfusão conectados a CVC atendendo à terapêutica e suas compatibilidades, ritmos e duração da perfusão de forma protocolada, promove uma cultura de segurança onde os erros e eventos adversos são minimizados.

Por essa razão **com este procedimento pretende-se a confirmação do bom funcionamento do material de perfusão, prevenção da infecção e segurança da utilização do material.**

## OBJECTIVOS

1. Despistar complicações associadas à manutenção de uma via endovenosa central;
2. Prevenir complicações infecciosas.

## SIGLAS UTILIZADAS

**CVC** – Cateter Venoso Central

## DESTINATÁRIO

- Este procedimento destina-se a todos os **enfermeiros** da Unidade de Cuidados Intensivos.

## INDICAÇÕES

- Na administração simultânea de várias terapêuticas, deve avaliar-se a sua relação de compatibilidade, para assim se escolher o lúmen onde devem perfundir. Preferencialmente devem perfundir no:

<b>Lúmen Proximal</b>	- Colheitas de Sangue - Medicação e Soluções electrolíticas - Nutrição Parentérica (caso de CVC de dois lúmens)
<b>Lúmen Médio</b>	- Nutrição Parentérica Total - Medicação e Soluções electrolíticas
<b>Lúmen Distal</b>	- Medicação vasoactiva (ex.: amins) - Sangue e Hemoderivados - Colóides e expansores do plasma - Soluções electrolíticas - Monitorização da Pressão Venosa Central

(MACHADO, 1995)

Contactar os Serviços Farmacêuticos se persistir alguma dúvida relativamente á compatibilidade das perfusões a administrar.

- Deve verificar-se a **integridade das soluções a administrar** (sua transparência, partículas em suspensão); **a integridade dos recipientes onde estão contidas e as datas de validade.**

- Verificar a permeabilidade do cateter antes de administrar qualquer terapêutica.

- Utilizar prolongamentos venosos com o cumprimento necessário e suficiente para a mobilização do doente.

## SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

Tendo em conta o procedimento a ser realizado, inicialmente o enfermeiro deverá:

- Explicar o procedimento ao doente e solicitar a sua colaboração;
- Lavar as mãos com água e sabão;
- Dispor o material a utilizar de forma funcional.

### SUBSTITUIÇÃO DOS SISTEMAS DE PERFUSÃO A SEREM COLOCADOS NO CVC

RECURSOS:

- Luvas;
- Sistema de perfusão (prolongamento e torneira de 3 vias);
- Compressas Estéreis;
- Solução Alcoólica;
- Etiquetas.

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Preparar um novo sistema de administração, expurgando-o até á extremidade, utilizando prolongamentos com o comprimento necessário e suficiente para a mobilização do doente;	-Impedir embolia gasosa.
2. Interromper o sistema de administração, fechando o controlador de gota ou suspendendo a perfusão no seringa infusora;	-Impedir que haja derrame indesejado da solução até ao momento da perfusão.
3. Clampar o lúmem de infusão da CVC;	-Prevenir o refluxo de sangue.
4. Proceder à desinfecção com solução alcoólica ou álcool a 70º das zonas de conexão;	-Prevenir a infecção.
5. Utilizando técnica asséptica, colocar as zonas de conexão sobre compressas esterilizadas;	-Evita a contaminação após a desinfecção.
6. Utilizar técnica asséptica na desconexão e conexão do novo sistema de administração;	-Prevenir a infecção;
7. Etiquetar o novo sistema, com a data e hora em que foi efectuada a substituição, colocando a etiqueta na extremidade do sistema;	-Confirmar a substituição.
8. Providenciar a recolha e a arrumação do material;	-Manter a unidade do doente arrumada.
9. Lavar as mãos.	-Prevenir a infecção.

Os sistemas deverão ser substituídos com a seguinte frequência:

DISPOSITIVO	FREQUÊNCIA (H)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema de <b>Perfusão</b> (<i>incluindo torneiras e prolongamentos</i>)</li><li>• Sistema de administração de <b>Fluidoterapia</b></li><li>• Sistema de <b>Mangas de Pressão</b></li></ul>	<b>72/72</b> ou em <b>SOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema de administração de <b>Propofol</b></li></ul>	<b>6/12</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema de administração de <b>Alimentação Parentérica</b></li></ul>	<b>24</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistemas de perfusão de <b>Sangue e Derivados</b></li></ul>	<b>4</b>

## REGISTOS

1. Nome do medicamento/solução em perfusão;
2. Dose do medicamento, data e hora da preparação;
3. Quantidade a perfundir/ritmo da perfusão;
4. Reações secundárias se observadas (locais e sistémicas);
5. Data prevista da substituição dos sistemas de cada uma das perfusões em curso na extremidade de cada perfusão junto do CVC.

## BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- GARLAND, Jeffrey; HENRIKSSON, Kelly; MAKI, Denis G. (2002). *The 2002 Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Centers for Disease Control and Prevention Guideline for Prevention of Intravascular Device-Related Infection*. In *Pediatrics*, Volume 110, Issue 5, p. 1009-1013. ISSN: 7708221.
- IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2010). *Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN: 972-97200-1-0.
- MACHADO, Paulo. (1995). *Cateter Venoso Central*, in: *Divulgação*, Ano IX, n.º 33, Porto: Janeiro de 1995, pág. 9 – 31.

- MOTSH, Johann. (2002). *Guide for Central Venous Catheterization*, [Consultado em 25/02/2011]. Disponível em U RL: [http:// www.cvc-partner.com](http://www.cvc-partner.com)
- PAUCHET-TRAVERSAT A., [et al.] (2003) *Cuidados de Enfermagem: Fichas Técnicas*. Lisboa: Lusodidacta. 856 p. ISBN: 9789728383510.
- PITTET, Didier. (2004). *Catheter and Hygiene*, 2004, [Consultado em 25/02/2011]. Disponível em U RL: <http://www.cvc-partner.com>
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2009). *Infection Control Guidelines: Preventing Intravascular Access Devices*. [on-line]. Ottawa: Public Health of Agency of Canada [consultado em 26/02/2011]. Disponível em URL: [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8iiadi\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s8iiadi_e.html)

## AUTORES

Enf.ª Catarina Alves

**Sob. Orientação:** Enf.ª Albina Agrelo

**ANEXO XIX**

**Guia do Conforto**

## GUIA DO CONFORTO



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Maio de 2011

1



## Porque pensamos em si...

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferencia-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar.

O internamento na UCI altera bruscamente com o modo de viver do doente e sua família, na medida em que, as suas relações sociais e afectivas são afectadas, existe uma alteração nos papéis sociais, o doente vê-se privado da sua liberdade e privacidade e muitas vezes deixa de ter o poder de decidir sobre si mesmo.

Por forma a reduzir o impacto que a doença assume e manter a ligação e os laços familiares, foi criado este guia com o intuito estimular a participação dos familiares no cuidar do doente ventilado crónico internado na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral.

**Vamos iniciar esta caminhada em conjunto.**

## Comunicar

O doente ventilado tem uma incapacidade de comunicar verbalmente devido à existência de uma prótese ventilatória (tubo), que fica posicionada ao nível das cordas vocais, impedindo o ar de passar, o que não permite a formação de sons, visto que o som é produzido pela vibração das cordas vocais. O doente fica então privado de comunicar oralmente.

Logo torna-se imprescindível encontrar meios alternativos de comunicação.



A Unidade de Cuidados Intensivos pode providenciar **papel e lápis** para que através da escrita possa comunicar com o seu familiar.

Por outro lado, se o doente se encontrar impedido de escrever e estiver consciente poderá ser utilizado um **álbum de imagens e frases ilustrativas** das necessidades mais comuns (como por exemplo, lábio verde, dor, fome...). Para utilizar este material basta solicitá-lo junto da equipa de enfermagem.

Deve realizar **perguntas curtas**, de resposta fácil preferencialmente do tipo dicotómica (**Sim ou Não**). Para os doentes que se vejam impedidos de gesticular ou responder efectivamente podemos utilizar como forma de comunicação o pizar de cifras para substituir estas palavras (**pisacar 1 vez os olhos significa SIM e 3 vezes significa NÃO**).

É importante que fale pausadamente, de forma tranquila e que imprima seriedade e confiança na sua voz. Para o doente é importante que não fique ansioso caso não consiga compreender as suas necessidades.

Acima de tudo é importante que esteja ao seu lado...

## Massagem

A **MASSAGEM** é considerada uma das principais formas de realizar a estimulação cutânea e tem como objetivo **promover o relaxamento muscular, a activação da circulação e a drenagem linfática**. Esta sensação de bem estar e de diminuição da dor deve-se à estimulação da produção de endorfinas, que são os analgésicos naturais do corpo.

Por forma a que a massagem seja um momento prazeroso devemos seguir algumas indicações:

- Não devem ser massajadas zonas onde existam lesões cutâneas, tecidos inflamados, sobre bolhas de água, sobre varizes e quando a pessoa tem febre;
- Para realizar uma massagem ao seu familiar deverá retirar todos os adornos (anéis e pulseiras) por forma a não ferir a pele do mesmo;
- Deverá ser utilizada uma loção hidratante ou um óleo para proceder à massagem. Na UCI a equipa de enfermagem poderá fornecer óleo de amêndoas doces e creme hidratante.

A massagem promove um **encanto entre o corpo e a mente** e um simultâneo fortalece a relação entre os intervenientes pois o toque é algo instigante e que exige confiança de parte a parte. Por esta razão é que a equipa de enfermagem da UCI preconiza como forma de fortalecer e manter os laços entre o doente e o seu familiar a realização de massagens de conforto nos pés e nas mãos do doente.



## Massagem das Mãos



1. Esfregue as suas mãos com óleo e envolva toda a superfície da mão do seu familiar;

2. Vire a palma da mão para cima. Massage os seus dedos murchos entre o dedo polegar indicador e entre o dedo anelar/ménfido do seu familiar conforme está exemplificado na primeira imagem;



3. Esfregue os dedos da sua família com cuidado fazendo com que a palma da mão se abra e massage o centro da mão com os dedos polegares, friccionando no sentido do pulso;

4. A seguir vire a mão para baixo e junte com firmeza cada um dos dedos, tendo sempre o cuidado de não os fazer entrar;



5. Por forma a promover o relaxamento deverá realizar movimentos de arrastamento (fórnico) ao movimento de uma ligadura desde os nós dos dedos da mão até ao pulso e vice-versa



- A massagem das mãos é um dos tratamentos mais libertadores e relaxantes que podem ser realizados, na medida em que alivia e acalma suavemente o grande número de terminais nervosos que lá se situam.

## Massagem dos Pés



1. Limpe as suas mãos com água e envolva toda a superfície do pé do seu familiar;
2. Com firmeza segure com uma mão no péto do pé e com o punho cerrado da outra mão realize movimentos de rotação;
3. Da seguida massage o peito do pé em direcções opostas com as duas mãos;
4. Agarre a ponta de um pé pouco distais e, apoiando o tornozelo rode o pé todo muito devagar no sentido dos ponteiros do relógio e depois no sentido inverso;
5. Repita este movimento para cada dedo dos pés;
6. Com os dedos da mão dobrados sobre si, esurpa pressão sobre a planta do pé por forma a proporcionar o alongamento do mesmo;
7. No final cubra os pés com uma toalha ou calze uma peça de seu familiar por forma a manter os pés quentes.

- Esta massagem se for dada no final do dia propicia o sono e o relaxamento do seu familiar.

- Contudo os pés não devem ser massajados se o doente tiver "Pé de Atleta", pois é um fungo contagioso e o acto de massajar esta região poderá potenciar que a infecção se dissemine pela restante superfície do corpo.

## Auxiliar o doente a Comer e Beber

É possível que um doente ventilado crónico que esteja consciente e cuja patologia de base permita manter o reflexo de deglutição, sucção e alimentar-se oralmente. Contudo o risco de aspiração dos alimentos para o pulmão é elevado.

Para poder auxiliar o seu familiar a alimentar-se oralmente, deverá elevar a **cabeceira a 45 ou 90 °**, **fornecer pequenas quantidades** de alimentos de cada vez e de preferência os **alimentos** deverão ser moles ou muito bem **fraccionados**.

Por outro lado, o seu familiar irá pedir água. Confirme com o enfermeiro se poderá administrar líquidos. Se houver uma restrição hídrica poderá **molhar os lábios com uma compressa humedecida**. Se não houver nenhum impedimento, poderá administrar **água através de uma seringa, uma palhinha ou um copo**, consoante o doente tolerar.

Esta sensação de secura da boca, contrasta muitas vezes com a presença de sialorreia (saída de saliva da boca em grande quantidade). Deverá limpar suavemente com uma compressa limpa e se necessário pedir para o enfermeiro aspirar a boca do seu familiar.



## Cuidados de Higiene à Boca

Esta tarefa simples que pertence à rotina diária de cada um de nós para um doente dependente pode se tornar extremamente difícil. Daí a sua ajuda ser muito importante.

- Deve promover-se a uma boa higiene oral escovando os dentes após refeições e antes de dormir, o que promove um hábito agradável e impede a proliferação de infecções.

- As próteses dentárias devem ser escovadas após as refeições e retiradas durante a noite, deixando-as imersas numa solução desinfetante.

- Se não for possível escovar os dentes (nos casos dos doentes entubados orotraquealmente) poderá realizar a higiene oral do seu familiar utilizando uma compressa enroscada no dedo indicador ou esponjas orais.

- Utilizar um elixir oral não alcoólico: **Tantum Verde** ou se desejar poderá utilizar 1 colher de chá de **Bicarbonato de Sódio** + 2 chávenas de **Água** como elixir caseiro. Deve solicitar à equipa de enfermagem estas componentes para que possa proceder à higienização da boca do seu familiar.



- Colocar um lubrificante não oleoso nos lábios após a lavagem dos dentes por exemplo vaselina líquida ou utilizar produtos à base de cacau que previnam a secura e o aparecimento de fissuras ou gressas nos lábios.

## Promover a Distracção



- Os momentos de visitas são excelentes oportunidades para poder partilhar com o seu familiar o seu dia a dia e os seus sentimentos. Desta forma reforça o sentido de presença e de inclusão do doente no seu sítio familiar.

- A **leitura** de jornais, revistas ou de um bom livro pode estimular a capacidade de imaginação, de pensamento abstracto e ampla o campo de visão sobre determinados assuntos. Se não for possível ao seu familiar ler, poderá sentar-se junto ao leito e ler para ele. Assim estimula o sentido de audição e a capacidade de raciocínio do seu ente querido.

- Por outro lado, a **música** promove a diminuição dos níveis de stress e ansiedade, altera o estado de ânimo, promove a expressão não verbal de sentimentos por exemplo através do olhar e estimula a imaginação. A escolha musical deve de ir ao encontro dos gostos pessoais de cada doente.

- Diversos estudos referem que apesar de o doente se encontrar inconsciente estas actividades causam um efeito positivo na medida em que se detecta uma redução da frequência respiratória, da frequência cardíaca, da pressão arterial e contribui para o relaxamento muscular.

---

**Em suma...**

***Juntos conseguimos Cuidar melhor.***



---

**PÁGINA 11**

**Autora:**

Catarina Filipa Ferraz Alves

**Orientadora:**

Prof.ª Marques da Gama

**Orientadora de Estágio:**

Enf.ª Albina Agrelo



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**ANEXO XX**

**Poster de Acolhimento:**

**"Família como parceira de cuidados do doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos"**

# FAMÍLIA COMO PARCEIRA DE CUIDADOS DO DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Catarina Filipa Ferraz Alves, Aluna do 3º Curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ORIENTAÇÃO: Prof. Marques da Gama e Enf.ª Albina Aguiar



A **Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)** é um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferencia-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aqui são atendidos.

São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes e família, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar. A situação de doença altera as dinâmicas familiares e é geradora de sentimentos de medo, ansiedade e stress nos familiares. É no acompanhamento, na informação e no respeito por estas relações que os profissionais de saúde devem actuar, privilegiando desta forma a inclusão da família nos cuidados prestados diariamente no serviço.

## INFORMAÇÕES E HORÁRIO DE VISITA:

1º Período - 15:00 a 16:30

2º Período - 18:30 a 19:30

- Só é permitida a permanência de uma visita por doente;
- A entrada de menores de 10 anos é interdita;
- Poderá obter informações específicas acerca da situação clínica e respectivo prognóstico do seu familiar junto da equipa médica e da equipa de enfermagem;
- Em situações pontuais e especiais poderá ser possível acompanhar o seu familiar durante o internamento na UCI das 12:30 às 19:30. Para tal necessita de uma autorização prévia da chefe de enfermagem;
- Fora do horário de visita e para obter alguma informação adicional, poderá contactar com o serviço através do telefone geral do Hospital Curry Cabral 217924200.

UCI Polivalente – Ext.: 1171

UCI Cirúrgica – Ext.: 1171

UCCDVC – Ext.: 1175

## AMBIENTE DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

• Junto do seu familiar poderão existir equipamentos e dispositivos médicos complexos, com alarmes sonoros e luminosos que permitam à equipa de saúde vigiar permanentemente a situação de saúde do seu familiar.



• O **Cateter Venoso Central** consiste num acesso através do qual se pode administrar medicação e uma alimentação especial ao seu familiar. Para tal utilizamos estas **Máquinas Infusoras** que nos permitem administrar com rigor toda a medicação prescrita pelo médico.



• O **Ventilador** e o **Tubo Endotraqueal** permite substituir ou ajudar a manter a respiração do seu familiar.



• A **Sonda Nasogástrica** assegura a alimentação do seu familiar e a **Algália** permite a contabilização, a vigilância e a recolha da urina.

• O **Monitor Cardíaco** possibilita a vigilância do pulso, da respiração e da tensão arterial.



## RECOMENDAÇÕES:

- Não entre na sala para proceder à visita sem que lhe seja concedida autorização pela Equipa de Enfermagem.
- Para que se proceda a uma comunicação efectiva, no início do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos é importante identificar perante a equipa de saúde o familiar ou a pessoa significativa que ficará responsável por centralizar toda a informação clínica acerca do doente.
- O Horário de Visita pode ter de ser reduzido devido ao aparecimento de uma situação de emergência. Por essa razão pedimos a sua colaboração e compreensão.
- Na Unidade de Cuidados Intensivos encontram-se internados doentes críticos, instáveis, que necessitam de muita vigilância por parte dos profissionais de saúde e necessitam de um ambiente calmo e confortável. Por essa razão deve desligar ou colocar o telemóvel no silêncio.
- Se o seu familiar se encontrar em isolamento, deverá dirigir-se ao enfermeiro responsável a fim de conhecer as normas e os procedimentos específicos para proceder ao controlo da infeção.
- Porque o risco de infeção cruzada existe nas unidades de saúde, e para sua protecção e do seu familiar deve proceder à **Higienização das Mãos com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA)** que existe à entrada de cada sala da Unidade de Cuidados Intensivos antes e após realizar a visita.



**ANEXO XXI**

**Folha de Registo: "Conferências Familiares"**

## FOLHA DE REGISTO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_ H: \_\_\_ min

Local: UCI Polivalente

UCI Cirúrgica

UCCDVC

Nome do Doente: \_\_\_\_\_

N.º do Processo: \_\_\_\_\_

Quarto N.º: \_\_\_\_\_

Líder da Conferência: \_\_\_\_\_

### INTERVENIENTES:

• \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_  
• \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

### ASSUNTOS ABORDADOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RESOLUÇÕES E COMPROMISSOS ASSUMIDOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

N.º Mecanográfico: \_\_\_\_\_

## CONFERÊNCIA FAMILIAR

A Comunicação representa *"um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e a criar laços significativos com ela"* (PHANEUF, 2005, 23).

Por forma a promover um mecanismo de comunicação estruturado, os profissionais de saúde recorrem à realização de conferências familiares que consistem numa *"forma de intervenção estruturada na família que permite aos profissionais de saúde apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções e devem ser realizadas sempre que a situação se justificar"* (NETO, 2003).

É um instrumento de comunicação de dupla direcção, pois quer a equipa de saúde, quer os familiares e o doente podem solicitar este espaço de clarificação e de partilha de informação, e não deve ser utilizado exclusivamente em situações de crise.

### **Pressupõem algumas regras próprias:**

- A equipa de saúde deve primeiramente criar uma agenda de todos os assuntos que deverão ser abordados e a respectiva sequência dos mesmos;
- O líder desta conferência deve ser escolhido consoante a relação que estabelece com a diade família/doente;
- Deve ser marcada uma hora específica;
- O local deve ser aprazível, convidativo e facilitador da comunicação, ou seja não deverá existir ruídos, um entrar e sair de pessoas e deve permitir e garantir o sigilo e a privacidade dos intervenientes.

### **BIBLIOGRAFIA:**

- NETO, Isabel Galriça – A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Lisboa, ISSN 0870-7103 Vol.19 ( 2003), p.68-74.
- PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. 2005. ISBN: 972-8383-34-3. p.633.