



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CUIDADO ESPECIALIZADO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Inês Oliveira Costa Almeida Atanásio

Lisboa, 2016



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CUIDADO ESPECIALIZADO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SPECIALIZED CARE: SKILLS DEVELOPMENT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Inês Oliveira Costa Almeida Atanásio

Sob a orientação da Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2016

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao Pedro, que incentivaram e apoiaram o ingresso neste curso, mas também compreenderam o tempo que me ocupou.

Aos meus amigos, que entenderam os períodos em que não estive presente.

Aos colegas do curso, pela partilha, companhia e apoio.

A todos os professores, que me acompanharam neste percurso pessoal e profissional, especialmente, à Professora Manuela Madureira, mas também à Professora Isabel Rabiais e à Professora Patrícia Pontífice de Sousa.

Às minhas orientadoras de estágio, que contribuíram grandemente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todas aquelas com quem me cruzei neste caminho e que o influenciaram de forma positiva.
Um obrigado a todos!

RESUMO

O relatório de estágio tem como objetivo descrever o percurso de crescimento pessoal e profissional no desenvolvimento de competências especializadas do enfermeiro, nomeadamente na Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. O relatório demonstra a articulação entre a teoria e a prática de cuidados durante o estágio, a tomada de decisão baseada na evidência científica, sem esquecer os princípios éticos e deontológicos do enfermeiro.

A Unidade Curricular Estágio encontra-se dividida em três módulos, que compreendem o estágio em Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Cuidados Paliativos e Serviço de Urgência, frequentados pela ordem correspondente e onde foram desenvolvidas atividades para a consecução de diferentes objetivos. Os objetivos definidos centraram-se na aquisição e/ou desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados, nos diferentes contextos, bem como na promoção da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As principais atividades desenvolvidas, relacionadas com diferentes temáticas, centraram-se em medidas de sensibilização dos profissionais de saúde para a promoção do sono dos doentes em unidade de cuidados intensivos; na apresentação de resultados de uma revisão integrativa de literatura sobre a diminuição da sobrecarga familiar em cuidados paliativos; bem como foi na realização de uma ação de formação para promover a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida e sua família no serviço de urgência.

Nos diferentes campos de estágio, identifiquei dificuldades, ultrapassadas com empenho e suporte das enfermeiras orientadoras e das professoras da Universidade Católica Portuguesa, verificando-se a aquisição progressiva de autonomia na prestação de cuidados e uma integração na dinâmica de cada serviço e respetivas equipas multidisciplinares. Os vários contextos proporcionaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo dos estágios mantive a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente e sua família, respeitando a pessoa como individual e subjetiva, procurando responder às suas necessidades de conforto e de relação, numa abordagem multidimensional: física, psicológica, emocional e ambiental.

Na descrição e reflexão crítica da diversidade de experiências vivenciadas, recorreram-se a teóricos de referência que fundamentam as atitudes, comportamentos, cuidados prestados e o desenvolvimento de competências durante o estágio.

Surgem responsabilidades futuras, no contínuo desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo a excelência do exercício de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem, competências especializadas, conforto, cuidados paliativos.

ABSTRACT

This report aims to describe the journey of personal and professional growth in the development of skills, particularly in a specialization in the medical-surgical area. The report shows the relationship between the theory and practice of care in internship, decision making based on scientific evidence, not to mention the ethical and deontological nursing principles.

The internship is divided into three modules, which include a period in Intensive Care Unit, Unit for Palliative Care and Emergency Service, carried out in such order and where activities were developed to achieve different goals. The defined objectives focused on the acquisition and/or development of expertise in providing care in different contexts, and promoting safety and improving quality of care. The principal activities were related to different themes, focused on raising awareness of health professionals to promote sleep of patients in intensive care unit; the presentation of results of an integrative review of literature about the reduction of family burden in palliative care; and it was conducted a training action to improve the nursing care of the patient at the end of life and his family in the emergency service.

The various internship fields, identified difficulties, overcome with commitment and support of guiding nurses and teachers from Portuguese Catholic University, checking the progressive acquisition of autonomy in care and integration in the dynamics of each department and respective multidisciplinary teams. The various contexts provided my personal and professional development.

Over the internships, I have kept the provision of quality nursing care to patient and his family, respecting the person as an individual and subjective, trying to meet their comfort and relationship needs in a multidimensional approach: physical, psychological, emotional and environmental.

The description and critical reflection of the diversity of internship experiences, grounded in theoretical reference to justify attitudes, behaviors, care provided and the development of specialized nursing skills.

Future liabilities arise in continuous personal and professional development, promoting excellence in nursing exercise.

Keywords: Nursing, specialized skills comfort, palliative care.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-Geral da Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

OE – Ordem dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Serviço de Observação

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICRE – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VMI – Ventilação mecânica invasiva

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	15
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	19
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
2.1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais	31
2.2. Módulo III – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos	41
2.3. Módulo I – Serviço de Urgência	52
3. CONCLUSÃO	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
I. Documento Informativo dirigido aos Enfermeiros da UCICRE e Cartaz Informativo: Promoção do Sono do doente hospitalizado	77
II. Consentimento Informado: Avaliação da Sobrecarga Familiar através da Escala de Zarit Reduzida	81
III. Diapositivos da Apresentação: Sobrecarga Familiar	85
IV. Poster: Sobrecarga Familiar – Intervenções de Enfermagem	95
V. Plano de Sessão e Diapositivos da Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida	97
VI. Questionário para avaliação de conhecimentos e descrição dos dados obtidos na Sessão de Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida	115
VII. Questionário de avaliação da Sessão de Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida	119

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| 1. FLUXOGRAMA DE PESQUISA | 23 |
|----------------------------------|-----------|

ÍNDICE DE QUADROS

- | | |
|--|-----------|
| 1. CARATERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO TITULO, AUTORES,
DATA, OBJECTIVOS E PRINCIPAIS ASPETOS DESENVOLVIDOS | 24 |
|--|-----------|

0. INTRODUÇÃO

Como Enfermeira, desde o ano de 2011, tenho percorrido um caminho, na procura constante pela melhoria da segurança e qualidade dos cuidados que presto. Atualmente trabalho numa unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) e apresento experiência profissional, num serviço de internamento cirúrgico. Num percurso, que considero ainda inicial, tendo em conta os poucos anos de experiência profissional que detenho, surge a necessidade de aprofundar os conhecimentos e adquirir e/ou desenvolver competências para cuidar do outro. Perante este sentimento, ingressei no Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, com entusiasmo, vontade de aprender e crescer pessoal e profissionalmente. O curso engloba uma componente teórico-prática desenvolvida em sala de aula, que providenciou preparação para a componente prática do Estágio, uma vez que a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (UCP), 2012, p.9). O curso prepara e proporciona experiências, para desenvolvermos competências de Enfermeiro Especialista, ou seja, um “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2010a, p.2).

A Unidade Curricular Estágio engloba três Módulos, realizados em três períodos distintos:

- Iniciei o primeiro estágio, pelo Módulo II, correspondente aos Cuidados Intermédios/Intensivos (UCI), desde o dia 13 de Abril ao dia 6 de Junho de 2015, numa Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE). O local de estágio foi selecionado pela excelente experiência que tive num ensino clínico realizado neste hospital; mas também pela sua localização. O serviço foi escolhido pelo grande interesse no doente cirúrgico, baseado na experiência profissional que detenho.

- O estágio opcional, do Módulo III, foi realizado no segundo período, desde o dia 1 de Setembro ao dia 24 de Outubro de 2015, numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP). Escolhi este serviço, pois é considerada uma unidade de referência na prestação de cuidados paliativos (CP), reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Relativamente a esta área de cuidados de saúde, foi uma escolha querer experienciar a prestação de cuidados de enfermagem, segundo uma filosofia diferente, pois “os cuidados paliativos, na sua essência, se dirigem mais para o doente que à doença, que aceitam a inevitabilidade da morte” (CAPELAS; NETO, 2010, p.790), com intervenções centradas na promoção da qualidade de vida do doente e sua família. Considero ser uma área de grande importância tendo em conta o envelhecimento da população a que se assiste na atualidade, pois o aumento da esperança média de vida, tem levado a que os indivíduos apresentem patologias crónicas, graves e/ou incuráveis e progressivas, com exigência de cuidados especializados e complexos.
- Por fim, frequentei o estágio do Módulo I – Serviços de Urgência (SU), no terceiro e último período, desde o dia 26 de Outubro ao dia 19 de Dezembro de 2015, num Serviço de Urgência Geral (SUG), médico-cirúrgico. Este hospital foi selecionado pela sua localização e por nele já ter trabalhado, no serviço de internamento de Especialidades Cirúrgicas, um período de grande desenvolvimento pessoal e profissional. Por não ter tido experiência profissional num SU, considerei ser um estágio muito desafiante.

A metodologia preconizada para o estágio, é a metodologia de projeto. Esta “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (NUNES et al., 2010, p.2). Assim tendo em conta o diagnóstico de situação realizado nos primeiros turnos de cada estágio, foram identificadas necessidades de desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

A metodologia utilizada neste relatório é descritiva, reflexiva e baseada na revisão de literatura, fundamentando os objetivos e atividades desenvolvidas durante o estágio. A sua realização pretende descrever o percurso percorrido e o crescimento pessoal e profissional de cada estágio, tendo em conta o projeto realizado para cada um deles, tendo como objetivos:

- Descrever os objetivos e atividades desenvolvidas no contexto dos estágios.
- Demonstrar as competências desenvolvidas em estágio.
- Refletir criticamente sobre as atividades e competências desenvolvidas.

Ao longo do relatório, vários teóricos e documentos de referência são indicados. Jean Watson, autora da Teoria do Cuidar, salienta que a pessoa está em crescimento, em que os cuidados de enfermagem se revelam nas relações transpessoais, na satisfação das necessidades subjetivas do indivíduo, pelo compromisso moral do enfermeiro de proteger e promover a dignidade humana (WATSON, 2002). Na medida em que há uma preocupação pela satisfação das necessidades individuais das pessoas, surgem as necessidades de conforto físico, psicoespiritual, social e ambiental, definidas por Katharine Kolcaba (1994). Ambas as autoras referem-se ao holismo, considerando a pessoa como um todo unificado, com mente, corpo e alma (KOLCABA, 1991; WATSON, 2002). Neste sentido, “enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano” (WATSON, 2002, p.52), bem como conhecimentos, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro (WATSON, 2002). Assim, ao longo deste percurso, na procura pelo crescimento pessoal e profissional, recorrem-se a autores de referência que fundamentam as atitudes, comportamentos, cuidados prestados e desenvolvimento de competências durante o estágio e com os quais me identifico.

O relatório encontra-se estruturado em capítulos. O primeiro refere-se à Revisão Integrativa da Literatura (RIL), elaborada no âmbito do Módulo III, na UCCP e que subsidia algumas das atividades desenvolvidas nesse estágio. O segundo capítulo comporta a descrição e análise crítica do desenvolvimento de competências. Encontra-se dividido pelos módulos de estágio e são apresentados segundo a ordem de frequência dos mesmos, com apresentação e fundamentação dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas, articuladas com os objetivos orientadores da UCP. O terceiro capítulo refere-se à conclusão, onde será apresentada uma análise transversal do relatório. O quarto capítulo corresponde às referências bibliográficas utilizadas na fundamentação do relatório e elaboradas segundo a Norma Portuguesa 405. Por último, são apresentados os Apêndices, que correspondem aos trabalhos elaborados durante os estágios e que complementam a descrição das atividades desenvolvidas na prática.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Sobrecarga Familiar: Intervenções de Enfermagem

RESUMO

Introdução: Perante um indivíduo com doença grave e progressiva surge a necessidade de CP. O doente/família são a unidade que necessita de cuidados, sendo que a família toma também o papel de cuidadora. A sobrecarga familiar tem repercussões negativas no quotidiano do cuidador, com agravamento da sua qualidade de vida e aumento da morbilidade.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes, em contexto de CP.

Metodologia: RIL, com pesquisa realizada na plataforma EBSCO, com seleção de 6 artigos para análise, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Resultados: Foram identificadas inúmeras estratégias e intervenções a ser realizadas, pela equipa multidisciplinar, em contexto hospitalar como domiciliário. As intervenções baseiam-se numa abordagem biopsicossocial, centrada no doente/família, numa relação de parceria, identificando necessidades e intervindo sobre as mesmas. As estratégias incluem a comunicação, suporte emocional, informação e educação para envolver os familiares nos cuidados, capacitando-os para essa prestação, reduzindo a ansiedade envolvida. A família deve ser encaminhada para o suporte social e da comunidade, para manter dentro das possibilidades, uma vida doméstica, social, cultural e profissionalmente ativa, proporcionando condições para o autocuidado.

Conclusão: O cuidado ao outro acarreta consequências significativas e é função da equipa multidisciplinar adequar estratégias facilitadoras para promover a diminuição da sobrecarga familiar em contexto de CP.

Palavras-chave: Cuidadores, Cuidados Paliativos, Sobrecarga Familiar.

Caregiver Burden: Nursing Interventions

ABSTRACT

Introduction: Before a person with an advanced severe disease, there is the need of palliative care. The patient and his family are the unit who needs care, but the family is a caregiver and also needs care. Burden has negative repercussions in the caregiver's quotidian, which leads to a decrease of quality of life and increase morbidity.

Objective: Identify the nursing interventions that decrease the caregiver's burden, of patients in palliative care.

Methods: Integrative Literature Review. A survey carried out in the EBSCO platform, with selection of 6 articles for analysis, taking into account the defined inclusion and exclusion criteria.

Results: The review identified many interventions to be performed by the healthcare team in healthcare settings or at home. The interventions identified are related to a biopsychosocial approach, patient and caregiver centered, in a relation of partnership with them, to identify and to intervene on their care needs. The strategies include communication, emotional support, information and education to involve and capacitate the caregivers for the care role, reducing anxiety. The family caregivers should be assisted with obtaining social services in the community, to keep, their housekeeping, social, cultural and professional life, improving conditions to self-care.

Conclusion: Caring for a relative brings important consequences and it is the health care team's function to adequate interventions to promote the decrease of caregiver's burden in palliative care.

Key words: Caregivers, Palliative Care, Burden.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, observa-se um processo de envelhecimento populacional. Com a diminuição da natalidade e o aumento da longevidade, houve um decréscimo da população jovem e da população ativa, com aumento da população idosa, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015). Neste cenário, ocorre um aumento do risco de doenças crônicas, graves e/ou incuráveis e progressivas que causam défices e limitações, conduzindo a situações de dependência nas atividades de vida diária. Perante uma doença grave e progressiva, segundo Capelas e Neto (2010) surge a necessidade de CP, cuidados especializados e complexos, pois o indivíduo doente e a sua família apresentam-se em grande sofrimento.

Os CP são “uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias” (APCP, 2015). No âmbito dos CP, o doente/família são a “unidade a tratar” (GUARDA, GALVÃO, GONÇALVES, 2010, p.753), sendo que a família, neste momento, é tanto prestadora de cuidados como recetora, na qual recai uma maior sobrecarga, de acordo com as necessidades e limitações do doente.

A definição de família, segundo Wright; Leahey (2002) baseia-se nos vínculos afetivos e emocionais estabelecidos, ultrapassando as relações de consanguinidade, adoção e matrimónio, ou seja “a família é quem seus membros dizem que são” (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p.68), sendo na família que “habitualmente o indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar as situações de crise que surgem ao longo da vida” (GUARDA, GALVÃO, GONÇALVES, 2010, p.753). Perante a doença grave e/ou incurável e terminal, a família toma o papel de cuidador, havendo um cuidador informal principal, que assume as responsabilidades e decide, quando o doente não apresenta essa capacidade.

O cuidador informal é “aquele que desempenha cuidado não profissional e seu papel sem receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos” (VIEIRA et al., 2011, p.571). “Cuidar de um doente em fase terminal exige muito tempo e dedicação” (GUARDA, GALVÃO, GONÇALVES, 2010, p.753) colocando os cuidadores perante desafios e situações novas, podendo levar à sobrecarga familiar, pelas repercussões que o cuidado ao outro acarreta. Surgem assim, necessidades do cuidador, implicações na sua vida e dificuldades, por agravamento da doença, por eventos inesperados, pelo aumento das

limitações do indivíduo e segundo Vieira et al. (2011) os obstáculos são agravados pela falta de orientações, informações e de uma rede de apoio social para suportar as necessidades.

A sobrecarga familiar “refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente” (SEQUEIRA, 2010, p. 10), levando a repercussões negativas no cuidador com agravamento da sua qualidade de vida e maior morbidade, segundo o autor supracitado. As implicações na vida dos cuidadores informais, segundo Sequeira (2010), centram-se em alterações no quotidiano, vida doméstica, familiar, social e profissional, no tempo de lazer e na saúde física e mental do cuidador.

A sobrecarga familiar é um diagnóstico de enfermagem, observado, nos cuidadores, dos indivíduos com doença terminal, e segundo Guarda, Galvão e Gonçalves (2010), a família deve ser apoiada de forma contínua e sistemática, pois este apoio promove a adaptação à situação de doença e à perda, capacitando o outro para cuidar. Assim, “demandas são colocadas para a enfermagem [...] exigindo modelos de apoio e assistência ao idoso dependente e incapacitado” (VIEIRA et al., 2011, p.571), verificando-se a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de CP, o objetivo do presente trabalho.

METODOLOGIA

Perante o objetivo definido surgiu a questão de investigação: *quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de CP?* Assim, para responder à questão de investigação foi realizada uma RIL, que tem a “finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759). Segundo os autores citados a RIL utiliza a pesquisa experimental e quase-experimental, e dados da literatura teórica e empírica, sendo uma revisão mais ampla. Para a enfermagem esta assume uma grande importância pois permite produzir “um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.760).

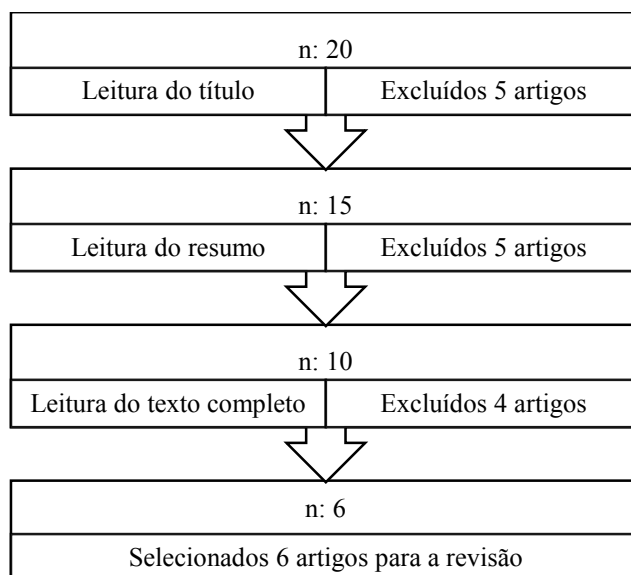
Assim sendo, foi realizada no dia 27 de Setembro de 2015, uma pesquisa na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina. Foram selecionados artigos publicados entre o ano 2000 e 2015, com texto completo disponível para a análise do seu conteúdo. A pesquisa foi realizada com a utilização dos descritores *Caregivers*, no título AND *Burden*, nos termos do assunto, AND *Palliative Care*, nos termos do assunto.

Foram definidos critérios de inclusão para a pesquisa, nomeadamente, artigos em Português, Inglês e Espanhol; relacionados com cuidados/intervenções de enfermagem na promoção da diminuição da sobrecarga familiar; em contexto de CP; tanto no domicílio como em ambiente hospitalar. Foram excluídos artigos de outras línguas das referidas anteriormente, sobre cuidadores formais e aqueles que não davam resposta à questão de investigação formulada.

RESULTADOS

Da pesquisa realizada foram encontrados 20 artigos, e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram rejeitados 5 pela leitura do título e 5 pela leitura do resumo do artigo. Finalmente com 10 artigos selecionados, os mesmos foram lidos na íntegra e por não atenderem ao objetivo estabelecido foram excluídos mais 4 artigos, ficando com uma amostra final de 6 artigos, como demonstra o fluxograma de pesquisa, diagrama 1.

Diagrama 1: Fluxograma de pesquisa



Foram selecionados então, 6 artigos para análise de conteúdo provenientes da base de dados CINAHL Complete. Estes foram publicados entre os anos de 2003 e 2012, como demonstra o quadro 1 e foram identificados: uma revisão sistemática da literatura; duas teorias fundamentadas nos dados; dois estudos de caso e um estudo exploratório.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos segundo título, autores, data, objetivos e principais aspectos desenvolvidos.

	Título/Autores	Objetivos e metodologia
1	<i>Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers</i> McConigley et al. (2010)	Enunciar as experiências de 21 familiares cuidadores de indivíduos com glioblastoma e descrever as suas necessidades. Salienta a necessidade de adequado apoio, informação acessível e suporte na tomada de decisão. Método: Teoria fundamentada nos dados
2	<i>How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness</i> Harding et al. (2011)	Atualizar uma revisão sistemática de literatura sobre a eficácia de intervenções de suporte para os cuidadores e determinar os conhecimentos atuais sobre o tema. Ressalta o aumento dos estudos realizados sobre suporte familiar, sobretudo grupos de intervenção e intervenção psicológica. Método: Revisão Sistemática da Literatura
3	<i>Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer</i> Fujinami et al. (2012)	Descrever os desafios dos cuidadores familiares de indivíduos com cancro do pulmão, o impacto na qualidade de vida e dificuldades na adaptação às exigências do cuidar. Salienta a importância da avaliação de necessidades e da intervenção multidisciplinar. Método: Estudo de Caso
4	<i>Supporting Family Caregivers at the End of Life: “They don’t know what they don’t know”</i> Rabow; Hauser; Adams (2004)	Descrever as experiências dos familiares de indivíduos em fim de vida e sugerir intervenções médicas de suporte. Identifica 5 áreas de apoio familiar, comunicação, planeamento e tomada de decisão, suporte domiciliário, empatia e acompanhamento no luto. Método: Estudo de Caso
5	<i>Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the</i>	Examinar a natureza e fatores preditores da sobrecarga vivida pelos cuidadores de indivíduos com demência, inseridos num programa de suporte.

<p><i>palliative excellence in Alzheimer care efforts (PEACE) program</i> Diwan; Hougham; Sachs (2004)</p>	<p>Ressalta a necessidade de suporte multidisciplinar na progressão da doença, comunicação adequada e o apoio social. Método: Estudo Exploratório</p>
<p>6 <i>Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity</i> Proot et al. (2003)</p>	<p>Explorar as necessidades e experiências de 13 familiares que cuidam de indivíduos com doença terminal no domicílio. Ressalta a importância da identificação de necessidades e sensibilizar os profissionais para a vulnerabilidade dos cuidadores. Método: Teoria fundamentada nos dados</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perante o diagnóstico de uma doença grave e progressiva, quando surgem limitações físicas e cognitivas de um familiar, habitualmente, a família assume o papel de cuidador informal. Cuidar de um familiar implica um ajuste na dinâmica da família, nas atividades do quotidiano, um acréscimo de responsabilidades e coloca o cuidador perante várias situações desafiantes, com as quais pode não haver um contacto prévio. Surgem na prestação de cuidados, inúmeras dificuldades e necessidades, que aumentam a sobrecarga familiar. Pela leitura e análise dos artigos, que fizeram parte da amostra desta revisão integrativa da literatura, identificaram-se inúmeras estratégias e intervenções para a promoção da diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos, que devem ser realizadas pelos enfermeiros e equipa multidisciplinar, tanto no domicílio como em contexto hospitalar.

Para promover a diminuição da sobrecarga familiar é necessário proceder a um diagnóstico de necessidades (FUJINAMI et al., 2012; RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004; PROOT et al., 2003) no sentido de serem prestados os cuidados ao doente e sua família de forma personalizada.

Para promover um suporte personalizado, do doente/família, a articulação e comunicação na equipa multidisciplinar tem que ser consistente (DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004), em que cada profissional contribui, na sua área de intervenção, para o apoio do doente/família, garantindo a continuidade dos cuidados (DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004; PROOT et al., 2003) segundo o plano de cuidados realizado.

Para a identificação de necessidades e realização de um plano de cuidados considera-se essencial, segundo Rabow, Hauser e Adams (2004), ao conhecer o doente/família,

compreender a dinâmica familiar, para o estabelecimento de uma parceria entre o profissional de saúde e o doente/família, para ser possível prestar cuidados segundo as preferências e valores familiares, bem como promover cuidados cultural e espiritualmente sensíveis, que promovem a adaptação à perda e ao luto (FUJINAMI et al., 2012; RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004).

Para que se desenvolva uma abordagem biopsicossocial, centrada no doente/família (DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004; FUJINAMI et al., 2012) é necessário conhecê-los, demonstrar disponibilidade e escutar ativamente (FUJINAMI et al., 2012), proporcionando momentos de contacto com o doente/família, mas também, apenas com os familiares (FUJINAMI et al., 2012; PROOT et al., 2003), pois a família é prestadora de cuidados mas também tem necessidades. A comunicação com a família é fundamental para proporcionar suporte emocional (RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004; PROOT et al., 2003), que promove o alívio da sobrecarga emocional, na medida em que se escuta, se exploram os desejos e sentimentos dos familiares cuidadores, se respeitam as escolhas e preocupações presentes e se valida o papel fundamental dos mesmos, no apoio ao doente (RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004).

A comunicação com o doente/família é tão importante como a comunicação entre o doente e a família, que deve ser promovida (FUJINAMI et al. 2012), para estimular a resolução de conflitos, partilha de sentimentos e desejos, incentivando o apoio mútuo. Compreendendo e conhecendo a situação familiar do doente, é possível antecipar as necessidades familiares e intervir para a promoção da diminuição da sobrecarga familiar (FUJINAMI et al., 2012).

A conferência familiar é um momento de comunicação formal, planeado, essencial para transmitir informações, más notícias ou para a tomada de decisão (RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004). Para a tomada de decisão, a família deve ser informada de forma clara (RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004), e serem esclarecidas dúvidas acerca do diagnóstico, terapêutica, sintomas e complicações, o seu controlo, bem como questões práticas da prestação de cuidados (MCCONIGLEY et al., 2010; PROOT et al., 2003). No entanto, quando os familiares estão informados, os profissionais de saúde desempenham um papel importante no suporte para a tomada de decisão (MCCONIGLEY et al., 2010; RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004; DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004) pois são deliberações difíceis e que provocam sentimentos de culpa e incerteza nos cuidadores, segundo McCognigley et al. (2010).

Dois dos aspetos com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes em fim de vida e sua família, são o controlo sintomático e o suporte familiar pela equipa multidisciplinar (FUJINAMI et al. 2012; DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004), verificando-se que ocorre um aumento do stresse nos cuidadores, associado à intensidade dos sintomas do doente, sendo controlo sintomático identificado como uma das prioridades para promover a diminuição da sobrecarga familiar. Em contexto hospitalar são os profissionais de saúde os responsáveis pela prestação de cuidados, no entanto, deve-se promover o envolvimento dos familiares nos cuidados (PROOT et al., 2003), aproveitando esses momentos para ensinar e treinar sobre várias questões práticas de cuidado ao doente (MCCONIGLEY et al., 2010; HARDING et al., 2011; RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004), como a administração de terapêutica, agravamento da situação clínica, controlo de sintomas, prestação de cuidados físicos, e os cuidados nos últimos dias e horas de vida (MCCONIGLEY et al., 2010; PROOT et al., 2003). O planeamento dos cuidados a prestar nos últimos dias e horas de vida, segundo Mcconigley et al. (2010), deve ser realizado com sensibilidade e em tempo apropriado para cada família e tendo em conta as suas circunstâncias. Verifica-se a necessidade de discussão precoce sobre o tema, quando é previsível um agravamento das funções cognitivas do doente, para ser possível que este expresse os seus desejos, aos seus familiares e/ou profissionais de saúde. Este aspeto é facilitador no processo de tomada de decisão dos cuidadores, quando o doente já não apresenta capacidade para tal, uma vez que a família advoga o que considera ser a vontade do doente.

Este envolvimento deve ser realizado, caso haja condições, para preparar a família para os cuidados no domicílio, bem como para a fase terminal de vida, mas principalmente para a diminuição da sobrecarga, do medo, da insegurança, promovendo a manutenção do controlo da situação e da esperança realista (PROOT et al., 2003).

Tanto no domicílio como em contexto hospitalar, para o alívio da sobrecarga, a família deve ser incentivada ao autocuidado (HARDING et al., 2011; FUJINAMI et al. 2012), nomeadamente, incentivar o cuidador a delegar algumas tarefas do quotidiano (MCCONIGLEY et al., 2010) para outros membros da família, cuidadores secundários ou formais, para possibilitar que se mantenham algumas atividades habituais, sociais e de lazer, mantendo o controlo situacional e diminuindo a vulnerabilidade do cuidador (PROOT et al., 2003).

A equipa multidisciplinar, para os cuidados no domicílio, deve promover o suporte social do doente/família para uma diminuição da sobrecarga familiar (HARDING et al., 2011; FUJINAMI et al. 2012; DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004; PROOT et al., 2003), nomeadamente, encaminhá-los para os recursos e serviços da comunidade (DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004), proporcionar programas de educação/treino para familiares cuidadores (MCCONIGLEY et al., 2010; HARDING et al., 2011) e providenciar materiais educacionais e de suporte (FUJINAMI et al. 2012; DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004).

Surgem muitas incertezas e dificuldades na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, verificando-se que a disponibilização de um contacto telefónico permite o esclarecimento de dúvidas (MCCONIGLEY et al., 2010; HARDING et al., 2011). A realização de contactos telefónicos e visitas domiciliárias periódicas (HARDING et al., 2011) também se verificaram eficazes no alívio da sobrecarga familiar, na medida em que promovem a redução do stresse e dos sintomas de depressão nos cuidadores, segundo os estudos reunidos pelo autor supracitado.

Mesmo no domicílio e mesmo após o falecimento do doente, é essencial manter um acompanhamento, por parte da equipa multidisciplinar, do doente/família, para identificar o risco ou presença de depressão e/ou luto patológico, sendo muitas vezes necessário o acompanhamento psicológico; prestar suporte emocional no sofrimento e no luto e preparar a família para os sentimentos relativos aos dias significativos (RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004), como a data de aniversário do seu familiar. Várias vezes referido como um recurso importante para o apoio emocional da família, são os grupos de suporte, uma intervenção comportamental eficaz (HARDING et al., 2011; FUJINAMI et al. 2012; RABOW, HAUSER, ADAMS, 2004; DIWAN, HOUGHAM, SACHS, 2004).

CONCLUSÃO

O doente/família são a unidade que necessita de cuidados. O indivíduo com doença grave e progressiva tem necessidades específicas e desenvolve limitações à medida que a doença progride. A família toma o papel de cuidadora, mas também carece de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar tem um papel muito importante na identificação de necessidades do doente e sua família, para o alívio da sobrecarga familiar.

Surtem da RIL realizada inúmeras estratégias e intervenções passíveis de serem realizadas, tanto em contexto hospitalar como domiciliário. As intervenções baseiam-se numa abordagem biopsicossocial, centrada no doente/família, em que se estabelece uma parceria com os mesmos, identificando necessidades e intervindo sobre as mesmas. As estratégias incluem a comunicação e o suporte emocional, proporcionando informação e educando para envolver os familiares nos cuidados, capacitando-os para essa prestação, reduzindo a ansiedade envolvida. A família deve ser encaminhada para os recursos da sua comunidade, delegar tarefas a outros cuidadores para manter, dentro das possibilidades, uma vida doméstica, social, cultural e profissionalmente ativa, proporcionando condições para o autocuidado.

O cuidado ao outro acarreta consequências significativas e é função da equipa multidisciplinar promover a diminuição da sobrecarga familiar em contexto de CP.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

O hospital, onde se insere a UCICRE, é uma entidade pública empresarial, integrada no Serviço Nacional de Saúde. A UCICRE integra o Serviço de Medicina Intensiva, em conjunto com a UCI Polivalente. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e fisioterapeutas. Os profissionais da UCI prestam cuidados de saúde a doentes cirúrgicos graves, que apresentam necessidade de monitorização e suporte de funções vitais, na prestação de cuidados de qualidade, atendendo às necessidades do doente/família. Na unidade são internados doentes das diversas especialidades cirúrgicas, mas também, por questões logísticas, do foro médico. A unidade é composta por 6 camas, duas em quarto de isolamento, sendo possível observar os 6 doentes do balcão de enfermagem. Estes encontram-se internados devido, principalmente a, pós-operatório de cirurgia abdominal major, patologias associadas graves e múltiplas, complicações cirúrgicas, instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória.

Como primeiro estágio, senti-me regressar ao curso da Licenciatura em Enfermagem, aos ensinos clínicos. Senti que poderia não corresponder às exigências e objetivos do estágio, mas compreendi que é necessário um período de adaptação quando se conhece um novo contexto de prestação de cuidados. Este aspeto é defendido por Benner (2001), quando nos diz que as “estudantes não são as únicas iniciadas; todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares” (p.50).

Perante o diagnóstico de necessidades realizado nos primeiros dias de estágio na UCIC, defini como objetivo geral, **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa em situação crítica e sua família no contexto de UCIC**. Para direcionar o meu percurso de aprendizagem defini objetivos específicos, centrados nas necessidades de aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente: **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI); prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com indicação para isolamento e sensibilizar a equipa de saúde para a promoção do sono no doente internado em UCI**.

As UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção Geral de Saúde (DGS), 2003, p.6). Nestas unidades, encontram-se internados doentes em situação crítica, com necessidade de monitorização, vigilância permanente e atenta, para se prevenirem complicações e intervir atempadamente. A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010b, p.1). Assim, tendo em conta a tipologia de doentes internados em UCI, compreendi a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade ao doente e sua família.

Verifiquei que uma elevada percentagem de doentes necessitava de suporte ventilatório, pelo que defini o objetivo específico de **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a VMI**, uma vez que não apresentava experiência profissional nestes cuidados.

No sentido de responder às necessidades de cuidados dos doentes submetidos a VMI e para ultrapassar algumas dificuldades iniciais, bem como as encontradas ao longo do estágio, considerei a preparação e aprofundamento teórico como fundamentais, pois a teoria “é um excelente instrumento para explicar e prever” (BENNER, 2001, p. 32).

Tendo em conta o objetivo que defini, a Enfermeira Orientadora, colocou-me responsável por doentes submetidos a VMI, para desenvolver as minhas competências técnicas e

comunicacionais. Assim, prestei cuidados aos doentes, inicialmente em colaboração com a Enfermeira Orientadora e, progressivamente tornando-me autónoma. Mantive a constante observação e beneficiei dos conhecimentos que me eram transmitidos pela Equipa Multidisciplinar, pois “a solução encontrada por uma enfermeira proficiente ou perita para resolver um problema será diferente de uma enfermeira principiante ou competente [...]. Esta diferença pode estar atribuída ao saber fazer adquirido através da experiência” (BENNER, 2001, p. 32), pelo que ao longo do estágio, pude aprender e *manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.*

Por exemplo, a aspiração de secreções é uma técnica realizada em vários contextos, mas a presença de um tubo orotraqueal nas vias respiratórias do doente, afeta o processo de eliminação das secreções, que se acumulam, sendo necessária a sua aspiração mais frequente. Na aspiração de secreções devemos ter em atenção, cuidados específicos como, pré-oxigenar o doente com FiO₂ (fração inspirada de oxigénio) a 100% durante dois minutos, antes de o desconectar do ventilador e desconectar as traqueias pelo filtro antibacteriano e posteriormente do tubo orotraqueal, para prevenir a libertação de gotículas e aerossóis. Apesar de o procedimento teórico se encontrar presente, a prática do mesmo, levou à segurança e a melhorar a competência técnica e científica. Pude ainda identificar através do procedimento do hospital, os seus 4 pilares, ou seja, a aspiração de secreções deve ser rápida, eficaz, asséptica e não traumática, o que me chamou a atenção para melhorar a segurança e qualidade da prática. Assim, as competências técnicas foram desenvolvidas com base na componente teórica, no conhecimento de protocolos do serviço associados e na prática, contando sempre com o suporte da Enfermeira Orientadora, e conseguindo ser progressivamente mais autónoma na prestação de cuidados e na identificação de complicações, *desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.*

No estágio, *demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização*, quando por exemplo, prestei cuidados a um doente que se encontrava submetido a VMI por traqueostomia. Este encontrava-se hipertenso, ansioso e com tosse, tendo atuado por ter identificado a necessidade de serem aspiradas secreções brônquicas. Posteriormente, o doente ansioso inicia um quadro de baixas saturações periféricas, sudorese e rigidez do tórax. Em colaboração com a Enfermeira Orientadora,

procedemos à ventilação do doente com insuflador manual, à aspiração de secreções, promovendo a diminuição da ansiedade do doente, com efeito.

Durante o estágio, pude prestar cuidados de enfermagem, ao doente e sua família, no acolhimento e na transferência para os serviços de internamento. No acolhimento à unidade o Enfermeiro tem um papel muito importante na gestão da ansiedade e no apoio ao doente. “O período pós-operatório imediato, na sala de recuperação da anestesia, é um período em que o indivíduo fica vulnerável e bastante instável com capacidade psicológica adaptativa alterada, já que como consequência do procedimento anestésico, o processo de questionamento e busca de dados que orientam a avaliação cognitiva fica modificado; assim, medos e incertezas tendem a aumentar” (JUAN, 2007, p.53). Assim, quando um indivíduo é transferido do bloco operatório, sonolento e entubado por via orotraqueal, submetido a VMI, apresenta desconhecimento da sua situação e deve ser informado sobre o facto de já ter sido operado, do local onde se encontra, da necessidade de estar entubado, o porquê de não conseguir falar e de ser avaliado quanto às necessidades de conforto e avaliação da dor.

Estes cuidados são muito importantes, os quais transpuseram da minha prática profissional, de uma UCPA, sendo uma intervenção que diminui a ansiedade do doente e para a qual estou sensibilizada, pois “o profissional com essa consciência, de abordar o paciente como um todo, tem mais probabilidade de atingir a eficácia em sua intervenção” (JUAN, 2007, p.56). Considero assim, que *geri e interpretei, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização e tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.*

Desenvolvi uma relação terapêutica, baseada na confiança, honestidade e escuta ativa, de apoio aos familiares, esclarecendo dúvidas sobre os cuidados de enfermagem, pois “cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais ou potenciais; conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros” (WATSON, 2002, p.129).

Revelei atenção para com as necessidades dos familiares dos doentes submetidos ou não a VMI, mas especialmente aos primeiros pelo impacto visual do ventilador e tubo oro-traqueal, pois como referem Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007) os familiares ao contactarem com o ambiente desconhecido da UCI, equipado e sofisticado ficam constrangidos e angustiados. Assim, quando a família visitava pela primeira vez o doente, dirigia-me aos mesmos, antes de entrarem no serviço, preparando-os para o ambiente e equipamentos que envolviam o doente. O internamento vivido “pelo familiar e pelo paciente, pode tornar-se uma experiência difícil, devido à debilidade emocional que os invade nessa ocasião [...] devido ao setor da unidade de terapia intensiva ser extremamente estressante e ter rotinas complexas, com situações de urgência de alto risco de morte para o paciente. Por esta mesma razão, acreditamos que o ambiente torna-se angustiante para o familiar, que acompanha tudo isto” (COMASSETTO, ENDERS, 2009, p.47). Também demonstrei disponibilidade para proporcionar esclarecimentos acerca dos cuidados de enfermagem, para escutar ativamente o doente/família, e questionar se se encontravam esclarecidos acerca da situação clínica decorrente, estando prontamente disposta a articular com o Médico de serviço, para que os informasse. Fui intervindo desta forma, pois como defendem Bettinelli, Rosa e Erdmann (2007), o sofrimento dos familiares aumenta quando não estão informados, mas também porque o enfermeiro, “sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 1998), *demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.*

Ao desenvolver técnicas comunicacionais, na prestação de cuidados ao doente submetido a VMI, considero também ter sido promotora e facilitadora da comunicação entre o doente e a família. Encontrei estratégias para compreender os desejos, queixas e necessidades dos doentes, pelo que expliquei aos seus familiares, como poderiam comunicar, nomeadamente, por gestos ou mimica, piscar de olhos, apertos de mão, pela leitura dos lábios ou através de tábua com papel e caneta, caso o doente apresentasse capacidade para escrever, pois “a família constitui uma forma de ajuda ao paciente, diminuindo as alterações emocionais e psicológicas e assim, facilitando a sua recuperação” (BETTINELLI, ROSA, ERDMANN, 2007, p.380),

bem como a família se sente parte integrante dos cuidados de enfermagem. Considero assim que foi possível *demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

Não surgiu a oportunidade de *colaborar na integração de novos profissionais*, mas a UCIC, recebeu vários estudantes da Licenciatura em Enfermagem, durante o estágio, e pude colaborar na sua integração. Foi possível proporcionar algum apoio, pelo sentimento de empatia, por estarmos em situações diferentes mas com semelhanças importantes. Isso permitiu que os integrasse na dinâmica do serviço e partilhasse conhecimentos. Foi possível também, refletirmos em conjunto, por exemplo, para a seleção de um doente para a elaboração de um estudo de caso e do processo de enfermagem, bem como os estudantes também assistiram às apresentações que realizei, e que serão aprofundadas posteriormente.

Durante o estágio, também desenvolvi competências na colaboração na realização de procedimentos médicos invasivos, nomeadamente a colocação de cateter venoso central, de linha arterial ou a realização de uma toracocentese. Considero que foram experiências muito importantes, pois na experiência profissional que detenho, não tem surgido a oportunidade de colaborar nestes procedimentos e tornou-se uma mais-valia, para o futuro. Gostava de salientar, que a Equipa Multidisciplinar apresentou um papel fundamental no desenvolvimento de competências, acolhendo-me com compreensão pelas dificuldades que por vezes, senti durante o estágio. Considero ter conseguido assim, *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

Observando, no início do estágio que vários doentes tinham indicação para isolamento, identifiquei também, como objetivo específico do estágio, **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com indicação para isolamento.**

No decorrer do estágio procedi à leitura dos protocolos associados ao tema, existentes no serviço e no hospital, bem como normas associadas ao controlo de infeção, já que “o uso de protocolos, percursos clínicos e algoritmos é uma conduta para trazer os padrões baseados em evidência para a cabeceira do leito” (KAPLOW, RELF, 2011, p.5) pois a prática baseada na

evidência “é essencial para ajudar a otimizar os resultados do paciente no actual ambiente de cuidados de saúde dinâmicos” (KAPLOW, RELF, 2011, p.5). Assim, *demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.*

Um dos aspetos que considerei muito interessante no serviço, de que não tinha conhecimento foi, que a cama de cada doente, está identificada com um papel que informa sobre o tipo de isolamento em causa (contato, gotículas, aerossol) e quais as medidas ao entrar e sair do quarto, bem como o equipamento de proteção individual a utilizar. Considerei esta sinalética muito pertinente, pois qualquer profissional de saúde consegue identificar o tipo de isolamento e agir em consonância com essa informação.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem seguros, prevenindo a transmissão cruzada de agentes infecciosos, entre doentes, através da higiene das mãos, da adequação dos equipamentos de proteção individual, da gestão do ambiente do doente, o enfermeiro também tem um papel essencial na orientação dos familiares. Quando algum familiar entrava na UCIC, dirigia-me ao mesmo, no sentido de o orientar e explicar os cuidados a ter. Através da sinalética, identificava o isolamento e conseguia orientar a visita, reforçando a necessidade da higiene das mãos, da utilização e remoção adequada dos equipamentos de proteção individual e da desinfeção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica à entrada e saída da unidade do doente. Segundo Teixeira (2004), os processos de informação e a comunicação em saúde podem influenciar significativamente a adesão às recomendações e a comportamentos preventivos relevantes. Assim, considero que é essencial que os doentes e familiares sejam informados acerca da justificação destes cuidados, pois assim, compreendem as vantagens e os riscos, promovendo a adesão às orientações.

Este investimento pessoal no controlo de infeção proporcionou que na prática pudesse *demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização; e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.*

No meu local de trabalho, pretendíamos realizar uma formação para os profissionais de saúde do hospital, e constatei que era necessário rever vários aspetos sobre o controlo de infeção. Nesse sentido e partilhando as experiências que vivia no estágio, elaborámos uma formação, sobre o tema, que continha os vários conceitos relacionados com as infeções associadas aos

cuidados de saúde, higiene das mãos, equipamentos de proteção individual e cuidados no isolamento de contato, o mais frequente no hospital. A sua elaboração proporcionou que refletíssemos sobre a prática e motivou a mudança de alguns comportamentos dos enfermeiros no serviço. Foi apresentada posteriormente para os profissionais de saúde do hospital, promovendo a reflexão conjunta, tendo ficado identificada como uma formação a repetir, o que foi muito compensador.

Durante o estágio pude participar no Dia Mundial da Higiene das Mãos, assistindo à apresentação do relatório da auditoria referente à mesma. Verificou-se no geral, uma melhoria da adesão à Higiene das Mãos, em relação ao ano anterior, mas que ainda há necessidade de melhoria, sendo que os Enfermeiros são a classe profissional com maior adesão. Iniciaram, posteriormente, na UCIC um plano de ação, para promover maior adesão à higiene das mãos, tendo observado as auditorias realizadas e tendo também sido auditada nesse âmbito. A auditoria interna destina-se “a acrescentar valor e melhorar as operações dos Hospitais. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada” (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P., 2007, p.7). Considero que toda a equipa verificou a importância destas auditorias e que era possível observar uma sensibilização dos profissionais para o tema e um aumento da adesão à higiene das mãos, pois todo o Enfermeiro deve, com o objetivo da excelência do exercício, “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 1998). Houve também, a possibilidade de partilhar os conhecimentos que detinha com os profissionais de saúde, quando observava alguma inconformidade, como por exemplo, a não higienização das mãos antes do contacto com o doente. Considero assim, *ter exercido supervisão do exercício profissional e zelado pelos cuidados prestados na área de especialização*. Estas experiências e tendo em conta que “a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados” (DGS, 2013, p.3) permitiram-me *refletir na e sobre a prática, de forma crítica*.

Defini também como objetivo de estágio, **sensibilizar a equipa de saúde para a promoção do sono no doente internado em UCI**. No período noturno, observou-se que os profissionais

de saúde aplicavam algumas estratégias promotoras do sono, como a redução das luzes e prestação de cuidados de conforto ao doente, mas, verificou-se a necessidade de identificar intervenções complementares para a promoção do repouso, pois os cuidados prestados aos doentes são constantes, expostos a múltiplos estímulos, quer dolorosos, luminosos e ruidosos, que interferem no seu conforto, e conseqüente repouso e sono. Esta reflexão foi realizada com a Enfermeira Orientadora, no início do estágio e considerada de pertinente pelos restantes profissionais de saúde, sendo parte integrante de um objetivo do serviço, bem como estavam planeadas medições dos níveis sonoros na unidade e a realização de estudos. Abordando este tema, considero ter *identificado as necessidades formativas, participado e promovido a investigação em serviço*, bem como, *promovido a formação em serviço na área de especialização*.

O sono é um estado fisiológico cíclico, fundamental na promoção do bem-estar da pessoa e no equilíbrio homeostático do organismo (FERNANDES, 2006). Durante o internamento, surgem vários fatores perturbadores do padrão de sono e a privação do sono tem conseqüências importantes, afetando a função neurológica e comportamental, o sistema imunitário, com aumento do gasto energético e prolongamento do processo de recuperação (SILVEIRA; BOCK; SILVA, 2012). As principais causas da perturbação da qualidade sono referem-se aos fármacos, dor, ansiedade, temperatura, ruído e muitos outros. Quando o indivíduo é hospitalizado e exposto ao ambiente da UCI, surgem alterações do padrão de sono pois as condições ambientais habituais alteram-se e encontram-se a viver um processo de doença. Assim, o Enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção da privação do sono identificando estratégias para minimizar a ação destes fatores e promover uma melhoria da qualidade do sono dos doentes.

Béphage (2005) identificou quatro categorias relacionadas com os fatores perturbadores de sono, que se referem ao conforto físico, psicológico, espiritual e ambiental do idoso com o objetivo de promover a melhoria da qualidade do sono nos idosos. O autor recomenda uma abordagem tendo em conta a “perceção personalizada do conforto” (BÉPHAGE, 2005, p.208) pelo carácter subjetivo do conceito. Kolcaba e Kolcaba (1991) referem-se ao conceito de conforto, como a ação de confortar e o resultado esperado do cuidado de enfermagem, sendo multidimensional e com diferente significado para cada pessoa. É por isso subjetivo e baseado nas necessidades individuais. O Enfermeiro deve assim, intervir nos diferentes contextos do

conforto, físico, psicoespiritual, social e ambiental, obtendo resultados percebidos pelos doentes (KOLCABA, 1994). As intervenções de enfermagem são promotoras de uma melhoria de um estado ou condição anterior (KOLCABA; KOLCABA, 1991). Neste sentido, considerou-se que promover o conforto, é promover a melhoria da qualidade do sono no doente internado em UCI.

Para sensibilizar a Equipa Multidisciplinar para o tema, partilhei, em momentos informais, informações que encontrei em artigos científicos sobre o tema, nomeadamente sobre a importância de promover o sono dos doentes e acerca de um protocolo denominado “Quiet Time” (SOUSA, A., 2013), que foi desenvolvido por uma estudante de mestrado e do qual tomei conhecimento durante o período de aulas teóricas. Este protocolo consiste na redução dos fatores ambientais, diminuindo a interrupção do período de sono, em horas determinadas e com intervenções planeadas para atingir o objetivo do sono não interrompido (SOUSA, A., 2013).

Em complemento, selecionei um vídeo, sobre um protocolo semelhante ao referido, o “Quiet Protocol”, aplicado num hospital americano, do grupo Intermountain Healthcare (que se encontra disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=9YPcRon5A8c>) que evidenciou as estratégias encontradas para proporcionar momentos de sono e repouso aos seus doentes. Pretendi que a Equipa Multidisciplinar ficasse sensibilizada para a redução dos estímulos ambientais, como o ruído, pois Nagel et al. (2003) identificou vários estudos que classificaram a poluição sonora como o fator principal na perturbação do sono de indivíduos hospitalizados. Apresentei o vídeo a dois grupos compostos por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e estudantes de enfermagem, como sugestão para implementação de um protocolo semelhante, adequado às características do serviço. Considerei ser um vídeo muito elucidativo, pois aborda aspetos da poluição sonora/luminosa, que podem ser modificáveis pelos profissionais de saúde, como as conversas, o ruído dos telefones, monitores e televisões, o excesso de luz, bem como apresenta o efeito do ruído nos doentes e nos profissionais.

Considero ter sensibilizado os profissionais de saúde, levando-os a debater e refletir sobre o tema, em vários momentos do estágio, tendo conseguido *comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização*. Observei alterações no comportamento dos

profissionais e fui promotora da aplicação das estratégias identificadas, como a redução da luz ao mínimo, no período noturno, no ajuste dos alarmes dos monitores e na redução do seu volume. Além do conforto ambiental, promovi o conforto físico e psicológico dos doentes, respondendo às suas necessidades, para escutar, na otimização do seu posicionamento na cama, na realização de uma massagem ou até proporcionar um chá quente para beber, quando era possível. Considero ter *promovido o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e zelado pelos cuidados prestados na área de especialização.*

As intervenções que identifiquei através de uma revisão teórica, com seleção de artigos atuais sobre o sono em UCI, proporcionaram que melhorasse os cuidados que prestava na promoção do sono do doente. Considerei importante partilhar com os profissionais de saúde, o conteúdo dos artigos que selecionei, pelo que elaborei um cartaz informativo (APÊNDICE I), propondo estratégias para promover o sono dos doentes internados em UCI e de destacar o papel dos profissionais de saúde neste âmbito. Afixei o cartaz informativo na UCIC, para manter a atenção para a necessidade de repouso e sono dos doentes. Procedi também ao envio, de um documento informativo (APÊNDICE I) através de correio eletrónico, para a Enfermeira Chefe do serviço, que posteriormente, iria divulgar com os Enfermeiros do serviço, para que ficassem com acesso ao cartaz informativo, aos artigos utilizados e ao vídeo apresentado.

2.2. Módulo III – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

A UCCP insere-se num hospital, em Lisboa, que proporciona valências médicas e cirúrgicas, diferenciadas, com equipas multidisciplinares que contribuem para uma intervenção completa e integrada dos doentes, com o propósito de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. A UCCP é composta por 48 camas, com 16 quartos individuais, 2 de isolamento e restantes quartos duplos, com casa de banho privativa.

Este serviço realiza o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com necessidade de reabilitação, ou em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas, nomeadamente a indivíduos com patologias oncológicas, neurológicas degenerativas, insuficiências orgânicas avançadas, pós-cirúrgicos, bem como outros doentes com patologias incapacitantes.

A abordagem utilizada centra-se no doente e sua família, de forma personalizada e integral, para contribuir para o conforto e qualidade de vida dos mesmos. A unidade articula com outros serviços do hospital, nomeadamente as equipas de Oncologia, Neurologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Unidade de Dor e Medicina Física e de Reabilitação, para promover uma abordagem multidisciplinar aos doentes e suas famílias.

Neste âmbito, defini como objetivo geral de estágio, **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa e sua família, internada em contexto de CP**. Os objetivos específicos centraram-se nas necessidades de aquisição e desenvolvimento de competências, tendo definido: **prestar cuidados de enfermagem especializados, na promoção do controlo sintomático, à pessoa internada em CP e prestar cuidados de enfermagem especializados, no suporte emocional e na diminuição da sobrecarga da família, da pessoa internada em CP**.

Comecei este período de estágio, com elevadas expectativas, tendo em conta o que conhecia sobre os CP e o que aprendi nas aulas teóricas sobre o doente em fim de vida, mas também com alguma insegurança, por ser um serviço onde não tinha experiência profissional, o que considerei natural, como no estágio anterior decorreu e atendendo à necessidade de um período de adaptação a uma nova dinâmica, como defende Benner (2001).

Os CP são “uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo” (APCP, 2015). Estes cuidados têm a sua base em 4 áreas centrais, que segundo Neto (2000) são o controlo sintomático, comunicação adequada com o doente, apoio à família e trabalho em equipa multidisciplinar, pelo que as mesmas nortearam a definição dos objetivos para o estágio.

O doente internado em CP, apresenta-se numa fase de vida, difícil, com muito sofrimento envolvido, apresentando inúmeras necessidades. A DGS (2005) refere no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que os cuidados são determinados pelas necessidades do doente e não pelo seu diagnóstico. Considerando a Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, segundo Hesketh e Costa (1980) as necessidades organizam-se por hierarquia e são em crescendo: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de auto-estima e auto-realização. As necessidades fisiológicas são as mais essenciais, verificando-se que caso não sejam

satisfeitas, não motivarão a satisfação das seguintes, logo “na medida em que esta necessidade começar a ser satisfeita, a mais próxima na hierarquia, em posição superior, começará a surgir e a dominar o organismo” (HESKET; COSTA, 1980, p.60). Assim, verifica-se que o conforto físico do doente é fundamental para prestar, apoio psicológico e espiritual. Neste sentido surgiu o objetivo específico de **prestar cuidados de enfermagem especializados, na promoção do controlo sintomático, à pessoa internada em CP.**

Para a abordagem sintomatológica, devemos ter em conta medidas farmacológicas e não farmacológicas e os sintomas que um doente com doença grave e progressiva pode apresentar são múltiplos, como a dor, anorexia, dispneia, sonolência, náuseas e vômitos, xerostomia, delirium, entre outros, sendo possível monitorizar estes sintomas, através de escalas, o que permite planear os cuidados de enfermagem no controlo sintomático, definindo prioridades.

No entanto, apesar das escalas de sintomas serem utilizadas, na prestação de cuidados fui sempre observando a comunicação não-verbal dos doentes e questionando-os sobre se apresentavam algum desconforto, no sentido de responder às suas necessidades pois segundo Kolcaba (1991) para estruturar os múltiplos significados do conforto, baseamo-nos nas necessidades dos indivíduos, e para alcançar a sensação de conforto, deve ser identificado o contexto apropriado, quer físico, social, psicoespiritual ou ambiental, intervindo perante os mesmos. Tendo em conta que o objetivos dos meus cuidados sempre foram o conforto do doente/família, considero ter *desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.*

Um dos aspetos que me surpreendeu, no controlo sintomático, foi a utilização da terapêutica para situações diferentes das indicadas habitualmente, como por exemplo, o haloperidol, um antipsicótico, utilizado como antiemético; a butilescopolamina, um antiespasmódico, que pelas suas características anti-secretoras é utilizada para o estridor e ainda a ranitidina, um protetor gástrico utilizado para a diaforese. Outro pormenor que observei foi o de que todos os doentes têm terapêutica prescrita em S.O.S., para que seja possível, logo quando é identificado o agravamento de um sintoma, ser administrada a mesma, pois “o tratamento não deve ser atrasado sob pena de dificultar a resposta terapêutica e a adaptação do doente” (NETO, 2010b, p.64).

Numa grande parte das vezes, a terapêutica era administrada por via subcutânea, através de um cateter. Esta administração pode ser realizada através de bolús e infusão contínua, bem como a administração de soro, que se denomina de hipodermóclise. Apesar de ter sido uma novidade para mim, *mantive, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*, e aliei um aprofundamento dos conhecimentos teóricos sobre o tema, para identificar quais os fármacos/dosagens a serem administrados e os cuidados a ter, e apliquei-os na prática, conseguindo adquirir competências na utilização desta via alternativa, à via oral e principalmente à endovenosa, que é mais dolorosa e muitas vezes não está disponível. Considerei que é um recurso de fácil utilização, aplicável a outros contextos de cuidados, e pude observar as várias vantagens, como refere Galvão (2005) que enumera o baixo risco de infeção, a manutenção de concentrações plasmáticas estáveis da terapêutica ao longo do tempo, menores efeitos secundários, proporcionando melhor controlo de sintomas, maior comodidade para o doente e com menor dor associada.

O delirium é um “quadro mental agudo ou subagudo por disfunção orgânica cerebral difusa que afeta a cognição e a atenção, e em que há uma diminuição do nível de consciência, uma atividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída e uma perturbação do ciclo sono-vigília” (GAMA; BARBOSA, 2010, p.367). Segundo dados reunidos pelos autores citados, o delirium está presente em 25-35% nos idosos hospitalizados, em 51% nos doentes pós-cirúrgicos, em 34% dos doentes com cancro hospitalizados e 83% em doentes na fase terminal de vida, observando-se a grande prevalência do sintoma. No meu local de trabalho, na UCPA, observo frequentemente o desenvolvimento de delirium nos doentes e sinto que, a abordagem do sintoma poderá não ser a mais completa e eficaz. Assim, ao colaborar no controlo do delirium dos doentes internados em CP, pude adquirir novos conhecimentos e competências para partilhar com os meus colegas de trabalho, *refletindo na e sobre a minha prática, de forma crítica e gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada*.

Cuidámos de um doente que se apresentava com alteração do estado de consciência, ansioso e agitado, percebendo-se que algo o desconfortava. Tendo em conta que o doente referia querer evacuar, e a obstipação é uma das causas de delirium (GAMA; BARBOSA, 2010),

proporcionaram-se todas as condições para satisfazer essa necessidade; foi orientado para o facto de ser noite e incentivado ao repouso; colocada uma luz de presença, pois tranquilizava-o, mas mesmo depois destas medidas, o doente mantinha o mesmo estado. Assim, iniciaram-se as medidas farmacológicas, com a administração de clonazepam (ansiolítico), via oral. Não se verificando efeito, foi administrado, midazolam (sedativo), haloperidol e levomepromazina (antipsicóticos), intervalados, via subcutânea que apenas surtiam efeito por períodos, iniciando perfusão contínua de midazolam e haloperidol, que permitiu que o doente dormisse por períodos mais longos. Os cuidados prestados foram personalizados e adequados à sua situação, com atenção aos pormenores, numa atitude proactiva, de que há sempre algo mais que se pode aplicar para colmatar as necessidades dos doentes.

Penso que a evidência científica que a medicina paliativa tem demonstrado e evoluído no controlo de sintomas, é muito pertinente, também inserida no contexto do doente médico-cirúrgico. A dor é um dos sintomas que os doentes pós-cirúrgicos de quem cuido diariamente e aqueles de quem cuidei durante o estágio apresentam, e que é definido como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR, 2010, p.3.). É recomendado pela OE (2008) que a dor deve ser avaliada de forma regular e sistemática, em que se deve privilegiar e valorizar o auto-relato. Na prática de cuidados, atuei tendo em conta estes pressupostos, quando o doente não apresentava alterações cognitivas, pois quando essa função está comprometida, recorremos a escalas de heteroavaliação, escalas comportamentais, onde nos baseamos em sinais observados, nomeadamente alterações dos sinais vitais, diaforese, palidez, ansiedade, contração muscular, gemidos, entre outros. No entanto, perante o auto-relato é importante salientar o conceito de dor total, de Cicely Saunders (2011), fundadora do movimento moderno dos CP, que para além da componente física, engloba aspetos emocionais/psicológicos, sociais/familiares e espirituais, e que combinados produzem dor e sofrimento complexo.

Assim, durante o estágio na UCCP, foi possível observar que pela situação de doença grave e progressiva, alguns doentes apresentavam queixas álgicas intermitentes, que por vezes eram aliviadas por uma conversa, escuta ativa, atividades de lazer, sem que se recorresse a

analgesia, e por vezes foi negociada a introdução de ansiolíticos no esquema terapêutico e com vantagens reconhecidas pelos doentes, com reforço do acompanhamento psicológico e emocional. Foi necessário conhecer os doentes, que por vezes tinham um internamento prolongado e também desenvolver esta sensibilidade para compreender o diagnóstico diferencial, para intervir e *tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.*

Relativamente ao controlo farmacológico da dor, também desenvolvi conhecimentos, nomeadamente, acerca da administração de analgésicos opióides, da sua titulação, compreender os mitos relacionados com o tema, prevenir efeitos adversos, como a obstipação, náuseas e vômitos, bem como identificar sinais de toxicidade dos opióides, como a prostração, sonolência, alucinações e delírio.

Os sintomas do doente com doença grave e progressiva são múltiplos, tendo aprofundado os meus conhecimentos teóricos, através do estudo individual, mas também pela partilha de saberes com a Enfermeira Orientadora e restante Equipa Multidisciplinar. A Equipa de Saúde encontra-se muito motivada e investe no desenvolvimento profissional, tendo formação pós-graduada em CP, sendo que pela minha evolução durante o estágio, compreendi que para a prestação de cuidados seguros e de qualidade é necessário desenvolver conhecimentos e competências específicas. A aprendizagem na prestação de cuidados foi diária, tendo conseguido *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e demonstrado um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização.*

Os doentes em CP encontram-se em diferentes fases da doença, nomeadamente, na fase estável; na fase aguda, onde surge um agravamento inesperado; na fase de deterioração; com alterações graduais; na fase agónica, nos últimos dias e horas de vida e a fase de luto, para os familiares (CAPELAS; NETO, 2010). No cuidado ao doente nos últimos dias e horas vida, os objetivos centram-se na maximização do conforto e da qualidade de vida, com simplificação da terapêutica e adequação da via de administração, com um reforço dos cuidados à família

(NETO, 2010a). Durante o estágio, cuidei de alguns doentes, que se encontravam em fim de vida. É uma fase da doença difícil para todos, onde os pormenores têm um grande impacto. Mantive uma prestação de cuidados, centrada no conforto do doente, identificando exacerbação ou surgimento de sintomas, para uma abordagem precoce e atempada dos mesmos. Os sintomas respiratórios, como a polipneia e o estertor ou respiração ruidosa, foram os que mais observei.

O estertor refere-se aos ruídos “produzidos durante a inspiração e expiração, com a passagem do ar, e pela incapacidade que o doente tem de expulsar as secreções da orofaringe e da traqueia” (NETO, 2010a, p.395). Devem ser controlados por causarem desconforto no doente, mas também pelo sofrimento que provocam nos familiares. Para o controlo deste sintoma é administrada butilescopolamina (anti-secretor) via subcutânea, diminuindo o volume de secreções e associada a estratégias não-farmacológicas, como o posicionamento do doente, em semi-dorsal ou lateral para a drenagem de secreções, a elevação da cabeceira e a higiene oral. Caso o doente apresente polipneia, estes cuidados poderão ser complementados com a administração de morfina, que atua “a nível central diminuindo a sensibilidade do centro respiratório, com consequente diminuição da taquipneia” (AZEVEDO, 2010, p. 197) e a autora salienta ainda que os opióides são eficazes no controlo da dispneia de forma suficientemente segura e sem provocar depressão do centro respiratório.

Perante o que observei nos doentes e familiares, tive a preocupação de explicar os sintomas que os doentes apresentavam, no caso do estertor, por exemplo, de clarificar que o doente não está com dificuldade respiratória e de esclarecer o porquê de não serem aspirados, pelo desconforto que isso acarreta para o doente, bem como outros procedimentos, como a não entubação nasogástrica ou a não colocação de soro, *produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.*

A todas as mortes a que assisti durante o estágio, senti o sofrimento familiar, mas também observei a tranquilidade do doente e o seu conforto aparente, sendo que todas as intervenções são realizadas com esse objetivo. Na morte, estive atenta aos pormenores, por exemplo, na preparação do corpo, uma doente católica tinha sempre consigo um terço, sendo que este foi entrelaçado nas suas mãos, no respeito pela cultura e religião, o que foi valorizado pela família.

Tendo em conta que o apoio à família é também um dos princípios básicos para a prestação de CP de qualidade, surge o segundo objetivo específico: **prestar cuidados de enfermagem especializados, no suporte emocional e na diminuição da sobrecarga da família, da pessoa internada em CP**, pela necessidade de desenvolver competências na abordagem e comunicação com a família. A família é tida, como as pessoas significativas para o doente, como definida, na RIL. A doença tem grande impacto nesta dinâmica e todos sentem grande sofrimento e sobrecarga, pelo que o Enfermeiro tem o dever de se dedicar também às suas necessidades, *demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização.*

Para aprofundar os conhecimentos e sendo a sobrecarga familiar, um tema com grande impacto na família e de grande importância para a Equipa Multidisciplinar, realizei uma RIL, que se encontra, no primeiro capítulo deste relatório, no sentido de identificar intervenções de enfermagem promotoras da diminuição da sobrecarga familiar, no contexto de CP. Identifiquei inúmeras intervenções, e pude aplicar algumas delas na prática de cuidados ao doente/família, *incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.*

A comunicação é essencial no suporte emocional, é aquilo que permite que nos relacionemos. A comunicação “verbal e não-verbal devem ser congruentes e, quando isso não acontece, devemos ter em linha de conta que a mensagem não-verbal, por ser mais genuína, é habitualmente mais potente” (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2010,p.469). Devemos estar atentos à comunicação não-verbal do doente e sua família para identificar problemas que os mesmos não verbalizam. Por exemplo, nos últimos dias e horas de vida de uma doente, o seu irmão, encontrava-se sempre cabisbaixo, desviando o olhar e sempre que entrava no quarto, este saía. Percebendo que estava a conter os seus sentimentos, mas num grande sofrimento, uma vez que “as intervenções relacionadas com o processo de cuidar, requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e acções” (WATSON, 2002, p.130), dirigi-me ao mesmo e perguntei-lhe como se estava a sentir, tendo começado a chorar. Perguntou-me se a morte da

sua irmã estaria para breve e utilizando o chamado “tiro de aviso”, pistas que se transmitem progressivamente, referi que não era possível prever, mas que se observava um agravamento do estado clínico da doente, tendo compreendido e partilhou o que estava a sentir. Demonstrei disponibilidade para o ouvir, valorizei o apoio e companhia que prestava à doente, que os cuidados eram prestados tendo em conta o máximo conforto da senhora e que a mesma não apresentava sinais de sofrimento. Desejei força, tocando no seu braço, e o mesmo abraçou-me, agradecendo o suporte.

Consegui prestar suporte emocional a este senhor, colocando uma questão aberta, demonstrei disponibilidade para o escutar; valorizei o que sentia, que chorar é natural; e respondi às suas questões de forma honesta e empática, pois “o cuidar transpessoal do enfermeiro, no qual os sentimentos são libertados, permite que o receptor de cuidados, assimile melhor a condição da sua alma, no seu próprio ser” (WATSON, 2002, p.124), *demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

Um aspeto importante, que aprendi com a Enfermeira Orientadora verificado também na RIL, foi que para podermos intervir nas necessidades familiares, devemos satisfazer as necessidades do doente, no sentido em que, caso o doente não esteja sintomaticamente controlado, a família vai centrar-se no mesmo, e não está disponível para o autocuidado. Assim, fomos intervindo, tendo em conta o primeiro objetivo específico que defini. Para além da comunicação e da informação sobre os cuidados de enfermagem, envolvendo a família, promovi o autocuidado, na medida em que os incentivei a realizarem atividades de lazer, a reservarem algum tempo do dia para si mesmos, validando o seu papel no cuidado e suporte ao doente.

Surgiu a oportunidade em acompanhar algumas conferências familiares. As conferências, como referido no RIL, são momentos planeados de reunião com a família, “e em que, para além da partilha da informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família” (NETO, 2003, p.70). Perante uma doente nos últimos dias e horas de vida, tranquila, sem sinais de desconforto, a Enfermeira Orientadora, combinou com os filhos da doente, uma reunião em local apropriado, pelo que a acompanhei na realização da Conferência Familiar.

Para a transmissão de más notícias existe o protocolo de Buckman ou Spikes, que segundo Baile, et al. (2000) é composto por seis etapas, nomeadamente, a preparação da entrevista, perceber o que o indivíduo sabe e o que quer saber, a transmissão de informação, a resposta às emoções do indivíduo e finalmente o sumário da reunião e plano de acompanhamento. Refletindo após a conferência familiar foi possível identificar que estas etapas foram seguidas, na medida em que foi marcada a reunião com os familiares, devido ao facto de se ter identificados que os mesmos queriam informações sobre a doente, e que alguns deles não tinham consciência da sua situação. A Enfermeira Orientadora informou a família de que não era possível prever a morte da doente, que poderiam ser meses, semanas ou dias, e que pela experiência e estado clínico da mesma, que estaríamos à espera de dias, que o objetivo dos cuidados era a promoção do conforto, disponibilizando-se para responder a questões e esclarecer dúvidas. Houve quem tivesse chorado, pois considero que tenha sido para alguns o momento em que confirmaram as suspeitas da proximidade da morte da sua familiar. Depois de esclarecidas as dúvidas e de se expressarem, a Enfermeira, voltou a justificar as intervenções de enfermagem realizadas anteriormente, reforçando o plano de cuidados.

Apesar de ter havido pouco tempo para preparar a família para a morte da doente, que faleceu no fim desse turno, considereei que a conferência familiar foi muito importante para os mesmos, pois permitiu esclarecer várias questões e garantir que iriam ser prestados os melhores cuidados para que a doente estivesse confortável. Esta comunicação honesta, direta, completa com a família foi muito gratificante e penso que tenha sido isso que fez a diferença, pois “para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo da maior importância na qualidade dos cuidados recebidos” (NETO, 2003, p.69).

Outros dos aspetos diferentes que observei relaciona-se com a realização de uma reunião semanal da Equipa Multidisciplinar. Pude estar presente em algumas reuniões, em que são discutidas as circunstâncias do doente/família, elaborado um plano de cuidados, com o contributo de vários profissionais de saúde, nomeadamente, médico, enfermeiro, psicólogo, dietista, fisioterapeuta, farmacêutico. “Só uma equipa de profissionais abalizados nestas áreas, trabalhando de forma coordenada, respeitando-se mutuamente e compartilhando as suas experiências e saberes, pode concretizar o objetivo dos cuidados paliativos que é sustentar a

melhor qualidade de vida dos doentes” (MARQUES, 2000, p.127). Considerei que a prestação de cuidados de saúde, em qualquer contexto, a abordagem ao doente deve ser personalizada e integral, para a obtenção de melhores resultados e melhor qualidade de vida para os doentes e suas famílias, pelo que a interdisciplinaridade é essencial, para um cuidado global e não fragmentado, como por vezes acontece. Pela vivência, esta abordagem em CP, é essencial, pois “prevenir e aliviar o sofrimento pode ser um objetivo comum. E, pelo menos, quando a doença é incurável, tal finalidade não será, provavelmente, atingida se todas as dimensões do homem – física, psicológica, social e espiritual – não foram atendidas” (MARQUES, 2000, p.135).

Identificou-se no início do estágio, que a Escala de Zarit reduzida, uma escala de avaliação da sobrecarga associada ao cuidar, não estava a ser aplicada pelos profissionais do serviço. Foi referido pelos Enfermeiros que a adesão ao seu preenchimento era baixa, aspeto que foi confirmado também pela Psicóloga. Assim, apliquei a escala, propondo-me a partilhar os resultados e a tentar compreender quais as dificuldades da sua aplicação. Procedi à sua aplicação com a entrega de um consentimento informado (APÊNDICE II), para esclarecer que o objetivo era avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores para identificar intervenções promotoras do seu alívio, garantindo a utilização dos dados em termos estatísticos, no serviço e a nível académico, sem que ninguém fosse identificado, mantendo-se o anonimato dos mesmos. O seu preenchimento era livre, sendo que cerca de 35% das pessoas não responderam ou estavam fora dos critérios de inclusão (2 cuidadoras formais procederam ao seu preenchimento), alguns referindo que não se aplicava à sua situação, outros por considerarem que não existe sobrecarga ao cuidar de um familiar, pelo afeto que existe, e outros por opção. Expus, na reunião semanal, uma apresentação (APÊNDICE III) sobre os resultados que obtive, nomeadamente, que tinham sido entregues 26 questionários e obtidas 17 respostas, em que os resultados eram de cerca de 50% para sobrecarga ausente e sobrecarga presente, muito equilibrados, pois segundo Gort et al (2005) a escala reduzida apenas permite identificar a sobrecarga familiar presente, se a soma da pontuação foi superior ou igual a 17. Perante a apresentação, foi muito satisfatório haver um momento de reflexão conjunta da equipa multidisciplinar para se perceberem quais as limitações da escala, se estava relacionado com o preconceito do nome “sobrecarga”, se provocava sentimentos de culpa nos familiares

ao responderem às questões, se faria sentido criar um guião de entrevista, uma vez salientado que “a escala é de auto-avaliação, mas na maior parte das situações, pelas características sócio-culturais dos cuidadores e/ou pela situação emocional vivenciada, deve ser avaliada pelos profissionais de saúde” (GORT, et al., 2005, p.651). Senti, que a equipa compreendeu a importância do tema e que a aplicação da escala era uma forma de quantificar e valorizar a sobrecarga familiar. Vários profissionais partilharam as suas experiências e perceções, surgindo o objetivo de se procurar como ultrapassar as dificuldades e de se perceber se era a única unidade com este problema.

Partilhei, em conjunto com os resultados da aplicação da escala de Zarit reduzida, os resultados que obtive da RIL sobre a Sobrecarga familiar, identificando as várias intervenções. Observei que, ao longo do estágio a grande maioria das intervenções é realizada pela Equipa Multidisciplinar da UCCP, tendo-as também aplicado, exceto e dando ênfase ao apoio social, que é tão valorizado na revisão, e que é um recurso inexistente no hospital.

Considero que com este trabalho e ao longo do estágio, *tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização; comuniquéi aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; zelei pelos cuidados prestados; promovi a formação em serviço, bem como participei e promovi a investigação em serviço na área de especialização.*

Com o propósito de partilhar os resultados obtidos através da realização da RIL e *comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, bem como comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*, foi apresentado um poster da RIL, no VIII Congresso Nacional de CP, realizado de dia 7 a 9 de Abril de 2015, na UCP, e que se encontra disponível no APÊNDICE IV.

2.3. Módulo I – Serviço de Urgência

O Hospital selecionado é uma parceria público-privada, que presta serviços baseados na humanização e respeito pelo indivíduo, ética, qualidade, competência e inovação. É uma

unidade hospitalar com acreditação pela Joint Commission International, uma entidade internacional reconhecida, que atua na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. O SU desta unidade hospitalar é composto pela Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Ginecológica e Obstétrica, com a prestação de cuidados diferenciados de acordo com as necessidades.

O SUG é composto pelo Posto de Triagem, onde são observados os doentes, e classificados quanto ao seu nível de gravidade, através do método de Triagem de Manchester. A metodologia utilizada pretende um rápido atendimento aos indivíduos em situação urgente e/ou emergente, com o maior rigor possível, do ponto de vista clínico e contribuindo para uma melhor gestão do tempo de espera. É também composto pelo Balcão/Sala de Tratamentos, a Sala de Reanimação, Sala de Pequena Cirurgia, o Serviço de Observação (SO) e a Urgência Ambulatória.

Como é um SU Médico-cirúrgico, articula com os serviços de Imagiologia, a UCI, Bloco Operatório e serviços de internamento para dar resposta às necessidades individuais dos doentes, bem como são encaminhados para outros hospitais, na procura de intervenções diferenciadas, não disponíveis nesta unidade.

Perante o diagnóstico de situação realizado nos primeiros dias de estágio, defini como objetivo geral **desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados, à pessoa e sua família, em contexto de SU.** Decorrente da identificação da necessidade de desenvolvimento de competências e das necessidades formativas do serviço, defini como objetivos específicos: **prestar cuidados de enfermagem especializados, ao doente em situação crítica, e sua família, em contexto de SU e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família em contexto de SU.**

No SU são classificados os doentes de acordo, com o grau de gravidade da sua situação clínica, para determinar as prioridades, segundo a Triagem de Manchester. Esta classifica, segundo o Grupo de Triagem de Manchester (2015) o doente como não urgente de pulseira azul; pouco urgente de pulseira verde; urgente de pulseira amarela; muito urgente de pulseira laranja e emergente de pulseira vermelha. Entende-se por doente urgente, segundo a Comissão

de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (2012), como o doente que exige intervenção e/ou correção num curto espaço de tempo, quer curativa ou paliativa; doente emergente como o doente que tem risco de perda de vida ou de função orgânica, e que necessita de intervenção imediata. O Enfermeiro Especialista presta cuidados de enfermagem que “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2010b, p.1). Neste sentido e identificando necessidades profissionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados aos doentes em situação urgente e emergente, considere o objetivo específico **prestar cuidados de enfermagem especializados, ao doente em situação crítica, e sua família em contexto de SU.**

Os Enfermeiros encontram-se distribuídos pelos vários postos de trabalho, que compõem o SU, tendo tido oportunidade de conhecer as responsabilidades e os cuidados prestados em cada local, diversificando as experiências do estágio.

Durante o estágio, estive durante vários turnos, no balcão/sala de tratamentos, local onde os doentes, após observação médica, recebem os primeiros cuidados de enfermagem ou aguardam a realização de exames complementares de diagnóstico. Há assim, um grande fluxo de doentes que estão ao cuidado dos enfermeiros, com tempo reduzido disponível para cada um deles, o que torna difícil conhecer todos os doentes e a sua situação clínica. Depois da integração na dinâmica do serviço, de ter aprofundado os meus conhecimentos e desenvolvidas competências na prestação de cuidados, consegui ultrapassar progressivamente esta dificuldade. Dediquei-me neste sentido, pois estes doentes, de pulseira amarela e laranja, são urgentes e muito urgentes, pelo que poderão apresentar agravamento das queixas e do estado clínico, tendo conseguido, *realizar a gestão dos cuidados na área de especialização.*

A Enfermeira Orientadora assumiu, durante vários turnos, funções de chefe de equipa, pelo que pude colaborar na *liderança de equipas de prestação de cuidados especializados* e *exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização*, nomeadamente na gestão de vagas, na atribuição de camas nos serviços de internamento, na resolução de problemas

prioritários, como a gestão de casos sociais, no apoio aos colegas para a gestão de tempo e de cuidados, entre outros, compreendendo a responsabilidade e as funções do cargo.

Estive durante alguns turnos no SO, onde os doentes aguardam estabilização hemodinâmica e do quadro clínico, bem como vaga nos serviços de internamento. Estivemos responsáveis por uma doente que apresentava hematemese, no contexto de doença hepática crónica, com suspeita de varizes esofágicas. Encontrava-se hipotensa, taquicárdica, com anemia e trombocitopenia. Apesar de entubada nasogástricamente, a doente apresentava vômitos abundantes, tendo sido possível controlar os vômitos e deixar a doente mais confortável. Foi iniciada perfusão contínua de esomeprazol e de octreótido, para prevenção da hemorragia aguda. Tendo em conta, o risco de choque hipovolémico, que “resulta da perda ou redistribuição de sangue, plasma, ou de outros fluidos orgânicos, que acaba por conduzir a uma redução geral do volume intravascular” (CHAPMAN, 2001, p.551), foi administrada fluidoterapia, bem como unidades de concentrado eritrocitário e pool de plaquetas. Acompanhei a doente, na realização de uma endoscopia, uma experiência nova, para se identificar a origem da hemorragia, apoiando-a emocionalmente, pois o Enfermeiro Especialista “assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença” (OE, 2010b, p.3).

A doente manteve-se ansiosa e chorosa, perguntando repetidamente quando seria retirada a sonda ou quando teria alta do serviço, verificando um declínio ao longo do turno, da orientação perante as circunstâncias, o tempo e o espaço, sendo necessário explicar várias vezes os procedimentos para proporcionar alguma tranquilidade, bem como consentimento e a colaboração nos cuidados de enfermagem prestados. “O nível de consciência é uma medição sensível do choque e da sua evolução. A perfusão cerebral reduzida e hipóxia, inicialmente, manifestam-se por agitação, ansiedade e/ou confusão” (CHAPMAN, 2001, p.554). Não foi identificada a fonte da hemorragia, a nível esofágico, gástrico ou duodenal, e observando-se a instabilidade hemodinâmica da doente e o risco de choque, a mesma foi transferida para a UCI.

No SO ficamos responsáveis por vários doentes, sendo necessário, gerir o tempo e as prioridades de cuidados, bem como articular com os restantes serviços do hospital para a realização de exames e transferência de doentes. Considero que nos turnos, que realizei neste

serviço, *demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; gerido e interpretado, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, bem como demonstrado capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

Estive junto dos doentes emergentes, recebidos na Sala de Reanimação, para observar e colaborar na prestação de cuidados ao doente, desenvolvendo os meus conhecimentos práticos e assim, as minhas competências. Prestei cuidados a doentes com síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, crise asmática, taquicardia supraventricular, intoxicação medicamentosa, bem como doentes de traumatologia.

A aquisição de competências implica a “capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica” (SOUSA, D., 2013, p.3). A relação entre o conceito de cuidados de enfermagem e a competência profissional remete-nos para um “processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes, que culminam num agir profissional assertivo” (SOUSA, D., 2013, p.2). Neste sentido, antecipei o estudo e a revisão bibliográfica para me preparar a nível teórico para situações imprevistas e diferentes do meu quotidiano, bem como, fui realizando pesquisa complementar, esclarecimento de dúvidas e partilha de saberes com a Enfermeira Orientadora e outros enfermeiros do serviço, durante o estágio.

A reflexão na e sobre a prática, de forma crítica individual e com a Enfermeira Orientadora permitiu que melhorasse a prestação de cuidados ao doente crítico, pois os outros profissionais de saúde são elementos facilitadores do processo dinâmico de aquisição de competências, sendo que considero ter mantido, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Em determinado turno, é encaminhado para a Sala de Reanimação, um doente emergente, por intoxicação medicamentosa, por loflazepato de etilo (benzodiazepina). O doente foi trazido para o SU, com alterações do estado de consciência, sonolência e midríase pupilar, trazendo consigo alguns blisters de loflazepato de etilo. Após reversão do estado clínico, o doente confirmou a toma dos comprimidos e a ingestão de bebidas alcoólicas.

Quando se está perante uma intoxicação as medidas a implementar “consistem em diminuir a absorção do produto ingerido, aumentar a sua eliminação e administrar, quando houver, antídotos específicos, sendo não menos importante o tratamento de suporte com a correção da hipóxia, do equilíbrio ácido-base e dos desequilíbrios eletrolíticos” (INEM, 2011, p.268). Assim, tendo em conta a dúvida quanto ao tóxico que o doente tinha ingerido, foi administrada naloxona (antídoto dos opióides) e flumazenil (antídoto das benzodiazepinas), que levou à melhoria do estado de consciência do doente. Foi entubado nasogástricamente e realizada lavagem gástrica com soro fisiológico, com saída de vestígios de comprimidos e administrado carvão ativado. O carvão ativado pode “ligar (adsorver) substâncias prejudiciais ou não desejadas presentes no trato gastrointestinal [...] utilizado no caso de envenenamento oral agudo e sobredosagem de medicamentos” (INFARMED, 2010, p.1). Foi uma intervenção atempada e que permitiu a recuperação da consciência do doente, apesar da dúvida sobre o tipo de fármacos ingeridos.

Penso que a abordagem ao doente emergente é a mais desafiante e stressante, pela situação em si, pois o doente está situação crítica, pela rapidez com que tudo acontece, pelos profissionais envolvidos e pela pouca experiência que detenho.

“O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador) os factores significativos que se reproduzem a situações idênticas [...]. É preciso experiência para reconhecer esses “aspectos” em situação real” (BENNER, 2001, p.50). Assim, no turno seguinte, encontrava-se um doente que também tinha ingerido vários comprimidos de estazolam (benzodiazepina), há cerca de 30 minutos, segundo o seu relato, pelo que pude realizar a lavagem gástrica e a administração de carvão ativado, já com conhecimentos provenientes da experiência anterior, tendo *desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização.*

“As intoxicações são causa frequente de morte e coma abaixo dos 40 anos de idade. Uma causa frequente de admissão hospitalar são as tentativas de suicídio com fármacos ou drogas” (INEM, 2011, p.267). Em ambas as situações, os doentes referiram o desejo de morrer, e como tive um contacto mais próximo com o segundo doente, disponibilizei-me para o escutar e perceber o que o levou a ter este desejo e comportamento, pois “reconhecer que o estado

emocional do indivíduo é real e tentar normalizar a situação induzida pelo stresse são componentes importantes para a redução da ideação suicida” (DGS, 2013-2017, p.34). O doente precisava de avaliação e acompanhamento psiquiátrico, pois segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio da DGS (2013-2017), o suicídio é resultado de uma perturbação mental e poderá ser prevenido, mas durante o internamento e logo após a alta o indivíduo apresenta maior risco de suicídio, pelo que o doente ficou no SU a recuperar do sucedido e a aguardar essa observação médica. Considero ter *demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização.*

As condições físicas do SU interferem por vezes, na proteção da privacidade e intimidade do doente, sendo uma problemática identificada. A hospitalização proporciona que os doentes sintam a “despersonalização por reconhecerem a dificuldade para manter sua identidade, intimidade e privacidade” (PUPULIM; SAWADA, 2002, p.434). O processo de doença é vivido com ansiedade e o Enfermeiro tem um papel fundamental na proteção e prevenção de constrangimentos. Foram encontradas algumas dificuldades para promover o respeito à privacidade e intimidade, na medida em que, o balcão/sala de tratamento se encontrava lotado, com pouco espaço entre doentes, no entanto, é necessário observar as condições que dispomos e usufruir das mesmas da melhor forma.

A privacidade, segundo Silva (2007) reporta a um conceito amplo, que engloba tudo o que não se quer que seja de conhecimento geral, e dentro deste conceito, há um núcleo que se entende como essencial para a configuração da pessoa, a intimidade, “aquele espaço pessoal, onde cada um, protegido do mundo exterior, encontra possibilidades de desenvolvimento e expressão da sua própria e exclusiva personalidade” (SILVA, 2007, p.35), com uma componente física e psíquica. A privacidade engloba quatro dimensões, segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2004), a dimensão física, com acesso físico limitado; a dimensão mental, com restrição à interferência na mente e vontade da pessoa; a dimensão decisional refere-se à liberdade de escolha; e a privacidade informacional, que limita o acesso a informação pessoal.

Durante o estágio, prestei cuidados tendo em conta as várias condições da privacidade e a proteção do íntimo, pois o doente está física e emocionalmente exposto e porque o

“enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 1998).

Assim, no respeito pela privacidade, garanti a confidencialidade das informações que me foram transmitidas, relativamente aos problemas pessoais e de saúde dos doentes, partilhando-as apenas com as pessoas diretamente envolvidas nos cuidados e apenas quando tinham implicações nos mesmos. Na proteção da intimidade, a utilização de cortinas e biombos, quando era necessário expor fisicamente o doente; ao proporcionar roupa adequada; perante um familiar a chorar perto de um doente, permitir que partilhe os seus sentimentos, se tiver essa vontade, num local resguardado. Considero ter *zelado pelos cuidados prestados na área de especialização*.

Como em estágios anteriores, permaneci atenta às necessidades dos familiares. Quando identificava algum familiar ao longe, a observar o doente, tinha o cuidado de me dirigir aos mesmos, explicando os cuidados de enfermagem que iriam ser prestados e os exames que iria realizar. Acedi aos seus direitos, pois segundo o Artigo 4º da Lei n.º 33/2009 “o acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente nas diferentes fases de atendimento” exceto caso o doente indique o contrário. Considero que a informação é fundamental, pois “os acompanhantes podem aguardar durante longas horas na sala de espera, sem informações sobre a pessoa que acompanham e sem terem a possibilidade de a ver [...] a sua ansiedade é elevada e pode evoluir em escalada” (SOUSA, ALMEIDA, SIMÕES, 2011, p.203), bem como “a comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes tem sido apontada como o principal fator que contribui para a satisfação do cliente” (DUBUQUE, 2005 citado por SOUSA, ALMEIDA, SIMÕES, 2011, p.204).

Por vezes, pode haver pouca disponibilidade para os acompanhantes, pelo grande número de doentes que se dirige ao SU, por se observarem vários doentes em macas, com poucas condições físicas para a presença dos familiares de forma contínua, no entanto, “torna-se cada vez mais relevante refletir sobre presença dos acompanhantes na zona de tratamento [...] com efeitos benéficos no familiar que tende a expressar apreço pelos esforços da equipa” (SOUSA, ALMEIDA, SIMÕES, 2011, p.205), pelo que é positivo, sempre que possível, permitir que o familiar do doente o acompanhe, sendo uma prática que também observei por parte de outros profissionais. Assim, *tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às*

responsabilidades sociais e éticas, bem como incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Em determinado turno, recebemos na Sala de Reanimação, uma doente em paragem cardiorrespiratória, transferida de um lar pelos bombeiros, que realizaram reanimação cardiorrespiratória sem sucesso. Foi declarado o óbito à chegada ao hospital. Segundo a informação dos bombeiros, a filha da doente, encontrava-se descontente e a protestar por não se terem prestado os cuidados adequados à sua mãe. Após ter sido declarado o óbito, a Médica conversou com a filha para informar do falecimento da doente.

A “competência técnica tende a dominar a nossa prática, a relação de ajuda como intervenção autónoma deverá ser um aspeto a valorizar cada vez mais no ato de cuidar” (SOUSA, D., 2013, p.2), pois é uma necessidade do individuo alvo de cuidados e onde se pode fazer a diferença, promovendo a excelência do exercício. Assim, dirigi-me à senhora para lhe prestar os meus sentimentos e perguntar se gostava de ir junto da sua mãe, antes de serem prestados os cuidados pós-morte. A senhora agradeceu e apesar de chorosa e nervosa, referiu que a mãe já estava muito debilitada e que tinha tido vários internamentos hospitalares e intercorrências nos últimos meses.

O processo de luto é um “período de transição, sobrecarregado pela perda, em que se vai criar uma nova relação com o que se perdeu e reintegrá-lo no seu ser e se vai aprender como viver num mundo sob um conjunto novo de condições” (BARBOSA, 2010, p.493). Neste processo, segundo o mesmo autor, não podemos reduzi-lo a uma lista de reações e fases que podem não acontecer pela ordem descrita. No entanto, neste processo complexo, a primeira fase é de choque inicial, a segunda, de desorganização, que apresenta estados afetivos intensos, e podem surgir reações de irritabilidade exagerada e projetada nos outros, como por exemplo, em caso de “desacordo sobre o tratamento ou cuidado ao doente” (BARBOSA, 2010, p.495). O processo passa, finalmente pela fase de recuperação e reorganização.

Penso que a senhora encontrou a queixa aos profissionais como uma forma de lidar com a situação, pois perante os mesmos, mais tarde, após algum tempo de assimilação, não houve qualquer protesto, mas sim, agradecimento pela atenção. A senhora esteve perante o corpo, despedindo-se da sua mãe. Desejei-lhe força para lidar com a situação e com a perda de um ente querido, *demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no*

relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Penso que, tendo em conta as circunstâncias, foi prestado um adequado apoio emocional à senhora, pela equipa multidisciplinar, na prevenção do desenvolvimento do luto patológico, e observadas reações expectáveis como refere o autor supracitado. Considero que ao partilhar, a minha opinião sobre a reação da senhora, com os elementos da equipa presente, consegui, *produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo e tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas*, uma vez que “a forma como nós enfermeiros vemos o cuidar, é o resultado de diferentes actos intencionais; todavia como nós escolhemos, encaminha-nos em diferentes direcções e tem consequências muito diferentes para a nossa prática e para a nossa metodologia. De facto, a nossa escolha tem consequências para a contribuição da enfermagem na sociedade” (WATSON, 2002, p.36).

Os doentes em fim de vida, acompanhados dos seus familiares, recorrem ao SU, por agravamento dos seus sintomas e os SU “são essencialmente direccionados para abordagem curativa do doente em risco de vida, a sua filosofia e modelo organizacional não contempla os cuidados aos doentes com doença avançada, progressiva e terminal” (MARTINS; AGNÉS; SAPETA, 2012, p.10). Assim, em reflexão com a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Chefe, foi identificada a necessidade de promover a melhoria dos cuidados prestados ao doente em fim de vida e sua família, nomeadamente ações paliativas que possam ser realizadas no contexto do SU, tendo conseguido *identificar as necessidades formativas na área de especialização e formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*. Desta necessidade foi formulado o objetivo específico de **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família em contexto de urgência**.

Ao longo do estágio, perante os doentes em fase terminal de vida, partilhei com os enfermeiros várias experiências vividas, no estágio de CP, bem como prestei cuidados de enfermagem na promoção do conforto. Nos últimos dias e horas de vida, o doente encontra-se com alterações do estado de consciência, pelo que é necessário identificar sinais subtis de

desconforto, como o fâcies de dor, gemidos, agitação ou ansiedade e intervir consoante as necessidades detetadas. Os cuidados de enfermagem ao doente em fase terminal têm como principal objetivo, o máximo conforto e a intensificação dos cuidados aos familiares (NETO, 2010), tendo agido em conformidade, ao *gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.*

Estive responsável por uma doente, que se encontrava numa situação irreversível, por um acidente vascular cerebral. Apresentava-se inconsciente, reativa a estímulos dolorosos, com tremores acentuados, febre e sudorese. Para o controlo de sintomas, a doente foi observada por um neurologista que identificou que a terapêutica antiparkinsoniana tinha sido suspensa de forma abrupta e estaria a agravar o quadro clínico da doente. Foi entubada nasogastricamente, pois esta terapêutica só existe na forma oral, que surtiu efeito nos tremores. “A colocação sistemática de sondas nasogástricas é uma medida desadequada, desproporcionada e geradora de maior incómodo que benefício” (NETO, 2010, p.398), mas neste caso, foi importante para o controlo dos tremores e para diagnóstico diferencial da situação clínica. Foram também prestados cuidados de higiene e conforto, mantida em arrefecimento natural, com controlo da temperatura corporal e da sudorese.

A doente recebeu a visita da filha e identifiquei que a mesma estava a chorar. Informei-me de que a filha já tinha conhecimento da gravidade da situação e aproximei-me, disponível para a escutar. A mesma expressou os seus sentimentos, chorou e ficámos um pouco em silêncio. Percebendo que tudo tinha dito, evidenciei que a doente não apresentava sinais de sofrimento, e que estávamos a proporcionar o máximo de conforto. Perguntei se havia mais familiares que gostassem de ver a doente. A mesma disse que a sua irmã estava grávida e o pai estava debilitado e que era melhor não virem ao SU. Disse que compreendia e que poderia ser importante que viessem, caso houvesse condições, pois “devemos fomentar a expressão das emoções, as despedidas, o toque afectuoso e o acompanhamento nos últimos momentos” (NETO, 2010, p.399). Expliquei que estava disponível para o que precisasse, desejando força para lidar com a situação e usufruísse da hora da visita, tendo conseguido prestar apoio emocional à senhora.

Tendo em conta, mais uma vez, as condições físicas do SU, encontramos por vezes dificuldades na prestação de cuidados de qualidade aos doentes em fim de vida, no entanto, considero que são os pormenores que podem fazer a diferença no cuidado aos outros.

Perante esta necessidade formativa identificada, tendo em conta a frequência do estágio em CP, realizei uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem ao doente nos últimos dias e horas de vida, para a realização de uma formação. Elaborei o plano da sessão de formação e a apresentação (APÊNDICE V) com que pretendia: identificar os cuidados de enfermagem a prestar ao doente em fim de vida e sua família; apresentar a via subcutânea como alternativa de administração de terapêutica; partilhar a experiência vivida no estágio em contexto de CP e refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família.

No início da formação, pedi aos enfermeiros presentes, que classificassem algumas afirmações como verdadeiras ou falsas, para identificar os conhecimentos prévios sobre o tema e no final, em conjunto, foi realizada a correção do mesmo questionário (APÊNDICE VI). Foram identificadas dúvidas durante o preenchimento, confirmando-se a necessidade da formação, bem como pelos dados que, surgiram da análise dos questionários (APÊNDICE VI).

Afixámos em vários locais do SU, a informação sobre data, hora e local da formação, mas a adesão não foi significativa na primeira apresentação. Foi referido que o título, não era explícito dos conteúdos da mesma e considero ter sido uma observação muito válida, no entanto, os colegas que assistiram à mesma, consideraram-na muito pertinente e foi requerida a segunda formação, para abranger um maior número de profissionais. Apresentei assim, os cuidados ao doente em fim de vida, identificando intervenções de enfermagem que podem ser aplicadas no SU; apresentei a via subcutânea como uma alternativa para a administração de terapêutica, não apenas para os doentes em fim de vida, tendo recorrido a um cateter subcutâneo e exemplificado, a sua utilização, pois nenhum dos colegas presentes tinha observado este dispositivo médico; e apresentei o caso de uma doente/família de quem cuidei no estágio em contexto de CP, promovendo a reflexão conjunta sobre os cuidados de enfermagem, terapêutica, medidas fúteis, entre outros. Considero ter *tomado iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas*, bem como *abordado questões complexas*

de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização.

Os enfermeiros foram muito participativos e interessados na discussão, tendo sido gratificante, transmitir que os cuidados prestados “longe da ideia de que já nada há a fazer, continuam a representar um investimento na qualidade de vida até ao final” (NETO, 2010, p.387).

No final da formação, procedeu-se à entrega de um questionário de avaliação (APÊNDICE VII) da sessão, cujos resultados são descritos e analisados no apêndice, e onde foram identificados os pontos mais positivos, como os conteúdos da formação e as competências que apresentei como formadora, e os pontos menos positivos, relativos à organização e preparação da sessão, que foram pertinentes para refletir e identificar aspetos a melhorar no futuro.

Durante este processo, considero ter sido capaz de *comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; bem como comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*. Pretendi com a formação *promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, bem como promover a formação em serviço na área de especialização*, pois “para que as acções paliativas sejam uma realidade, torna-se necessário antes de mais a adequada formação dos profissionais, no sentido de melhorar os conhecimentos competências e perícias, mas também as atitudes, pois são estas que mais claramente influenciam a mudança” (CAPELAS, NETO, 2010, p.795).

3. CONCLUSÃO

Os estágios são fundamentais no processo de formação, uma vez que colocam o profissional de saúde em âmbitos diferentes de prestação de cuidados, proporcionando experiências diversificadas, criando dificuldades, mas possibilitando a aprendizagem. O relatório de estágio apresentado descreve este percurso de crescimento pessoal e profissional, iniciado nas aulas teórico-práticas e que foi contínuo ao longo dos estágios. Em cada estágio foram identificadas necessidades de desenvolvimento de competências, definidos objetivos e programadas atividades para a sua consecução, na medida em que o Enfermeiro Especialista necessita de desenvolver múltiplas competências e conhecimentos específicos para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, numa abordagem multidimensional do doente e sua família.

O estágio realizado na UCIC permitiu que desenvolvesse competências técnicas e comunicacionais, na prestação de cuidados ao doente submetido a VMI, bem como aprofundei os meus conhecimentos na área do controlo de infeção, tendo podido participar nas auditorias relacionadas e intervindo perante não conformidades. A promoção do sono do doente hospitalizado é uma problemática atualizada e pertinente que foi debatida em contexto do estágio, pela partilha de conhecimentos, pelo vídeo e cartaz informativo apresentados.

A experiência vivida na UCCP foi muito significativa, pois houve um importante crescimento pessoal, tendo-me identificado com a prestação de CP. Compreendi que com os conhecimentos, as competências e a disponibilidade, podemos fazer muito pelo outro, que sofre e tem necessidades. O controlo sintomático e o apoio ao doente e sua família são fundamentais, nesta fase de vida difícil, de doença, pelo que foram as áreas de maior intervenção. A realização da RIL e a aplicação da escala de Zarit reduzida promoveram a reflexão pessoal e na equipa multidisciplinar.

O estágio realizado em SU, muito desafiante, foi essencial no desenvolvimento da abordagem do doente em situação crítica, da necessidade de rápidos cuidados e na gestão de prioridades.

Também permitiu que vivenciasse um âmbito de cuidados, que desconhecia, e que me proporcionou inúmeras competências para o futuro.

A promoção da melhoria dos cuidados prestados ao doente em fim de vida foi identificada como necessidade formativa, tendo sido apresentada uma formação sobre o tema. Inicialmente a adesão à formação foi reduzida, mas foi considerada de importante e pertinente, uma vez que pretendia introduzir aspetos novos, como a administração de terapêutica via subcutânea, em contexto de SU. Nesse sentido, com satisfação, foi realizada uma segunda formação, com uma participação e avaliação muito positivas.

Ao longo dos estágios manteve a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente e sua família, respeitando a pessoa como individual e subjetiva, procurando responder às suas necessidades de conforto e de relação, numa abordagem multidimensional: física, psicológica, emocional e ambiental.

Nos diferentes campos de estágio, identifiquei dificuldades, que fui ultrapassando, com empenho e suporte das enfermeiras orientadoras e das professoras da UCP, verificando-se a aquisição progressiva de autonomia na prestação de cuidados e uma integração nas dinâmicas dos serviços e respetivas equipas multidisciplinares. Considero ter atingido os objetivos a que me propus, após realizado o diagnóstico de situação, tendo expandido os meus conhecimentos e competências, em vários ambientes que proporcionaram o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A realização do relatório permitiu assim, refletir criticamente sobre o caminho percorrido, as escolhas, os comportamentos e as competências, que já são aplicadas no meu quotidiano profissional. Assim, como Enfermeira Especialista, surgem responsabilidades futuras, no contínuo desenvolvimento pessoal e profissional, promovendo a excelência do exercício de enfermagem, dando visibilidade à profissão e com intuito de influenciar positivamente os meus colegas de trabalho.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P. – **Manual de Auditoria Interna – Parte I – Hospitais**, Versão 1.0., 2007, [em linha], [Consult. 25.Mai.2015]. Disponível em WWW: URL: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/ACSS_MAI_Hospitais_ParteI.pdf>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS – **Cuidados paliativos: o que são?** [Em linha], 2015, [Consult. 10.Set.2015]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>>
- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR - IASP - **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos** [Em linha], 2010, [Consult. 15.Jan.2016]. Disponível em WWW: URL: <http://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf>
- BAILE et al. – SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, em **The Oncologist**, 2000, nº5, p.302-311. ISSN: 1549-490X
- BARBOSA, António – Processo de Luto, em BARBOSA; NETO – **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.487-532. ISBN: 978-972-9349-22-5
- BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**, Coimbra, Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BÉPHAGE, G. - Clinical skills. Promoting quality sleep in older people: the nursing care role, em **British Journal of Nursing**, 2005, 14:4, p.205-210. ISSN: 0966-0461
- BETTINELLI, ROSA, ERDMANN - Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares, em **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2007, 28:3, p.377-384. ISSN: 1983-1447

- CAPELAS; NETO – Organização de Serviços, em BARBOSA; NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.785-814. ISBN: 978-972-9349-22-5
- CHAPMAN, Catherine A. – Choque, em SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**, 4ª Edição, Associação dos Enfermeiros de Urgência, Lusociência, 2001, p.551-560. ISBN: 972-8383-16-9
- COMASSETTO; ENDER - Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, em **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, 2009, Março, 30:1, p.46-53. ISSN 1983-1447
- COMISSÃO DE REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA - **Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU**, 2012, [Em linha], [Consult. 2. Nov.2015]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>>
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – **Parecer sobre o Projeto de Lei nº 28/IX: Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde**, 2004, Maio, [Em linha], [Consult. 20.Jan.2016]. Disponível em WWW: URL: <http://www.cnecev.pt/admin/files/data/docs/1273057219_P043_ProjLei28IX_InfoGeneticaPessoala.pdf>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**, Lisboa, 2003. ISBN: 972-675-097-0
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa nacional de cuidados paliativos**, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – Lisboa, 2005. ISBN 972-675-124-1.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Precauções Básicas de Controlo de Infecção**, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, 2013-2017** [Em linha], [Consult. 22. Nov.2015]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>>

- DIWAN; HOUGHAM; SACHS - Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE) program, in **Journal of Palliative Medicine**, 2004, 7:6, p.797-807.
- FERNANDES, R. M. F. - O sono normal, em **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, 2006, 39:2, Abril-Junho, p.157-168. ISSN: 2176-7262
- FUJINAMI et al. - Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer, in **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 2012, 16:6 p.E210-E220.
- GALVÃO, Cristina - Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal, em **Postgraduate Medicine**, 2005. 23:2, Fevereiro, p.97-107. ISSN: 0872-6590
- GAMA; BARBOSA – Delirium, em BARBOSA; NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.367-385. ISBN: 978-972-9349-22-5
- GORT, et al. - Escala de Zarit reduzida em cuidados paliativos, em **Medicina Clínica (Barcelona)**, 2005, 124:17, p.651-653. ISSN: 0025-7753
- GRUPO DE TRIAGEM DE MANCHESTER – **Sistema de Triagem de Manchester**, 2015 [Em linha], [Consult. 2. Nov.2015]. Disponível em WWW: URL: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110>
- GUARDA; GALVÃO; GONÇALVES – Apoio à família, em BARBOSA; NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.751-760. ISBN: 978-972-9349-22-5
- HARDING et al. - How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness, in **Palliative Medicine**, 2011, 26:1, p.7-22.
- HESKETT; COSTA – Construção de um instrumento para a medida de satisfação no trabalho, em **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, 1980, Julho/Setembro, 20:3, p.59-68. ISSN 0034-7590
- INFARMED – **Norit Carbomix Granulado para suspensão oral 50g**, 2010 [Em linha], [Consult. 22.Nov.2015]. Disponível em WWW: URL:

<http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6227&tipo_doc=fi>

- INEM – **Manual de Suporte Avançado de Vida**, 2ª Edição, 2011, 403p.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – **Dia Mundial da População**, 2015 [Em linha], [Consult. 28.Dez.2015]. Disponível em WWW: URL: <https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y>
- JUAN, Kelly de - O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão, em **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, 2007, 5:1, p.48-59. ISSN 1677-7409
- KAPLOW; RELF – Prática de Enfermagem de Cuidados Críticos: Promoção da Excelência pelo Cuidado, Competência e Compromisso, em MORTON; FONTAINE – **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem holística**, 9ª edição, Editora Guanabara Koogan, 2011, p.3-17. ISBN: 9788527717175
- KOLCABA, K.Y.; KOLCABA, R.J. - An analysis of the concept of comfort, em **Journal of Advanced Nursing**, 1991, 16, p.1301-1310.
- KOLCABA, K.Y. - A Taxonomic Structure for the Concept Comfort, em **Journal of Nursing Scholarship**, 1991, 23:4, p.237-240.
- KOLCABA, K.Y. - A theory of holistic comfort for nursing, em **Journal of Advanced Nursing**, 1994, 19, p.1178- 1184.
- Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho - **Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde**
- MARQUES, António Lourenço – Interdisciplinaridade em Cuidados Paliativos: O ponto de vista do Médico, em NEVES, et. al., **Cuidados Paliativos**, Dossier Sinais Vitais, nº 4, Edições Formasau, 2000, p. 127-136. ISBN: 972-8485-16-6.
- MARTINS; AGNÉS; SAPETA – **Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados – Revisão Sistemática da Literatura** [Em linha], Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, 2012. [Consult. 2.Nov.2015]. Disponível em WWW: URL: <<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20NO%20SERVI%C3%87O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%5B1%5D.pdf>>

- MCCONIGLEY, et al. - Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers, in **Palliative Medicine**, 2010, 24:5, p.473-479.
- MENDES; SILVEIRA; GALVÃO – Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem, em **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**. 2008, 17:4, p. 758-764. ISSN: 0104-0707
- NAGEL et al. - Sleep Promotion in Hospitalized Elders, em **MEDSURG Nursing**, 2003, 12:5, Outubro, p.279-290. ISSN: 1092-0811
- NETO, Isabel – Cuidados Paliativos: Qual a realidade Portuguesa?, em NEVES, et. al. - **Cuidados Paliativos**, Dossier Sinais Vitais, nº 4, Edições Formasau, 2000, p. 23-28. ISBN: 972-8485-16-6.
- NETO, Isabel - A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos, em **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 2003, 19:1, Jan./Fev., p.68-74. ISSN: 0870-7103.
- NETO, Isabel (a) – Agonia, em BARBOSA; NETO (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.387-400. ISBN: 978-972-9349-22-5
- NETO, Isabel (b) – Modelos de Controlo Sintomático, em BARBOSA; NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.61-68. ISBN: 978-972-9349-22-5
- NUNES et al. – Metodologia de Projeto: coletânea descritiva – II. Diagnóstico de Situação, **Revista Percursos**, 2010, N.º15; Setúbal, p.10-17.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**, no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**, Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1, nº 1, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (a) – **Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista**, 2010, Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (b) – **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, 2010, Lisboa.

- PROOT et al. - Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity, in **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 2003, 17, p.113-121.
- QUERIDO; SALAZAR; NETO – Comunicação, em BARBOSA; NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010, p.461-485. ISBN: 978-972-9349-22-5
- RABOW; HAUSER; ADAMS - Supporting Family Caregivers at the end of life: “They don’t know what they don’t know”, in **Journal of American Medical Association**, 2004, 291:4, p.483-491.
- SAUNDERS, Cicely - “**Velad conmigo**” **Inspiración para una vida en cuidados paliativos**, Sociedad Española de Cuidados Paliativos e Obra Social El Alma de “La caixa”, 2011. ISBN 978-0-9834597-0-5
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga de Zarit, em **Revista Referência**, 2010, II série, nº 12, março, p.9-16.
- SILVA, Almerinda M^a Ferreira da – **O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência**. Dissertação de Mestrado em Bioética, orientada pela Professora Doutora Helena Pereira de Melo. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2007, [Em linha], [Consult. 20.Jan.2016]. Disponível em WWW: URL: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>>
- SILVEIRA; BOCK; SILVA – Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura, em **Revista de Enfermagem**, 2012, 6:4, Abril, p.898-905. ISSN: 1981-8963.
- SOUSA, Ana Rita Correia de – **Relatório: O Conforto como o centro da prática**. Relatório de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, orientada pela Mestre Filipa Veludo e apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2013 [Em linha], [Consult. 19.Jan.2016]. Disponível em WWW: URL: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14636/1/Ana%20Rita%20Sousa.pdf>>
- SOUSA, ALMEIDA, SIMÕES – Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes, em **Saúde e Sociedade São Paulo**, 2011, 20:1, p.195-206. ISSN 1984-0470

- SOUSA, Dulce – **Competências e Saberes em Enfermagem**, 2013 [Em linha], [Consult. 11.Dez.2015]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>>
- TEIXEIRA, José A. Carvalho – Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes, **Análise Psicológica**, 2004, 22:3, p.615-620. ISSN: 0870-8231
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral**, Instituto de Ciências da Saúde, 2012
- VIEIRA et al. – Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio, em **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2011, Maio-Junho, 64:3, p.570-579. ISSN: 1984-0446
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**, Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9
- WRIGHT; LEAHEY – **Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família**, Tradução de Sílvia M. Spada, Roca, 3ª Ed., 2002. ISBN: 85-7241-346-4

APÊNDICES

APÊNDICE I

Documento Informativo dirigido aos Enfermeiros da UCICRE
Cartaz Informativo: Promoção do Sono do doente hospitalizado

Maio/Junho de 2015

Sr(a). Enfermeiro(a)

No âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica, realizei o estágio, nesta Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos. Durante o estágio identifiquei fatores perturbadores do sono dos doentes internados, resultantes da dinâmica e ambiente intensivista. É meu objetivo, sensibilizar os enfermeiros do serviço para a necessidade de promover o sono no doente internado, no sentido de minimizar fatores identificados e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Elaborei um cartaz informativo alusivo ao tema, apresentado seguidamente, justificando essa necessidade e propondo medidas de promoção do sono do doente hospitalizado. Coloco ainda, à disposição uma hiperligação de um vídeo, da temática da promoção do sono, o *Quiet Protocol*, colocado em prática, num hospital americano, do grupo Intermountain Healthcare. Este encontra-se disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=9YPcRon5A8c>.

Agradeço desde já, a atenção para o tema e o acolhimento que me foi proporcionado durante o estágio, por todos os profissionais de saúde, pelo que aprendi e pelas experiências vividas.

Os melhores Cumprimentos
Enfermeira Inês Atanásio



Promoção do sono do doente hospitalizado

Enfermeira Inês Atanásio
Estudante de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O sono e a hospitalização

O sono é um estado fisiológico cíclico, fundamental na promoção do bem-estar da pessoa e no equilíbrio homeostático do organismo¹.

No hospital surgem fatores perturbadores do padrão de sono. A privação do sono afeta a função neurológica e comportamental, o sistema imunitário, com aumento do gasto energético e prolongamento do processo de recuperação².

O Enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção da privação do sono identificando estratégias para minimizar a ação destes fatores e promover uma melhoria da qualidade do sono do doente hospitalizado.



Quiet Time

Protocolo que visa modificar e programar os cuidados de saúde, onde se coloca o repouso/sono do doente em primeiro lugar.

É executado em vários hospitais, durante um ou dois períodos de tempo diário³, como por exemplo: período diurno das 15h às 17h e/ou período noturno das 3h às 5h.

Promover o sono e melhorar a sua qualidade⁴

Conforto Físico e Psicológico

- Controlo da dor
- Otimizar dispositivos médicos/equipamentos
- Promover atividade física/social diurna
- Sesta de tempo limitado
- Proporcionar uma refeição ligeira
- Cuidados noturnos: higiene oral e do rosto
- Recriar rotinas antes de dormir
- Posicionar no leito, segundo preferência do doente
- Massagem nas costas antes de dormir
- Proporcionar tampões para os ouvidos e máscara para dormir
- Musicoterapia
- Técnicas de relaxamento e meditação guiada
- Comunicação e gestão da ansiedade
- Encorajar a partilha de preocupações
- Suporte espiritual/religioso
- Horário regular para deitar/acordar

Conforto Ambiental

- Utilizar calendários e relógios
- Promover a privacidade
- Personalizar unidade do doente
- Proporcionar momentos para o sono
- Proporcionar garantia de segurança
- Programar cuidados de enfermagem
- Diminuir as interrupções do sono
- Reduzir estímulos ambientais: diminuir as luzes, o som dos alarmes, o som da televisão, dos telefones e das conversas
- Ruído branco ou sons do oceano
- Manutenção da temperatura ambiente
- Afixar sinais com os horários para o sono

Referências Bibliográficas:

- ¹ FERNANDES, R. M. F. (2006) - O sono normal. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 39 (2), Abril-Junho, p.157-168. ISSN: 2176-7262
- ² SILVEIRA; BOCK; SILVA (2012) - Qualidade do sono em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*, 6 (4), Abril, p.898-905. ISSN: 1981-8963.
- ³ FELDMAN; SOBRINO-BONILLA (2014) - Dim down the lights: Implementing Quiet Time in the Coronary Care Unit. *Critical Care Nurse*, 34 (6), Dezembro, p.74-75. ISSN: 0279-5442.
- ⁴ MORTON; FONTAINE (2011) - *Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma abordagem holística*, 9ª edição, Editora Guanabara Koogan, p.22-24. ISBN: 9788527717175
- ⁵ (imagem) <https://acesportocidental.wordpress.com/tag/sono/>, consultada a 22 de Maio de 2015.

Junho de 2015

APÊNDICE II

Consentimento Informado:

Avaliação da Sobrecarga Familiar através da Escala de Zarit Reduzida



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa, gostaria de aplicar a Escala de Zarit aos familiares cuidadores dos doentes internados na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. Esta aplicação tem como objetivo avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores e identificar intervenções promotoras para o seu alívio.

Pretendo obter o consentimento para a utilização dos dados e apresentação dos mesmos, em termos estatísticos, no serviço e a nível académico, garantindo que ninguém será identificado, mantendo-se o anonimato de todos os participantes.

Este consentimento é livre, pelo que não existe obrigatoriedade dos cuidadores de participarem, não havendo implicações na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Enfermeira Inês Atanásio

Lisboa, _____ de _____ de 2015

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR- ZARIT REDUZIDA

Nome do doente _____

Cama _____

Nome do cuidador principal _____

Grau de parentesco _____

Data de preenchimento _____

Faça um círculo na resposta que mais se aproxima da forma como se sente relativamente ao seu familiar.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para si mesmo?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Pontuação Total _____

APÊNDICE III

Diapositivos da Apresentação: Sobrecarga Familiar

Sobrecarga Familiar

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermeira Inês Atanásio

Outubro de 2015

1

Objetivos

- Avaliar o nível de sobrecarga dos familiares dos utentes, internados em contexto de cuidados paliativos, na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.
- Identificar estratégias para promover o alívio da sobrecarga familiar.

Sobrecarga Familiar

- Refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência do contacto próximo e do cuidado a um doente, nomeadamente, alterações ao nível do quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, no lazer, na saúde física e mental do cuidador.
- Está associada a uma deterioração da qualidade de vida do cuidador e a uma maior morbilidade.

(Sequeira, 2010)

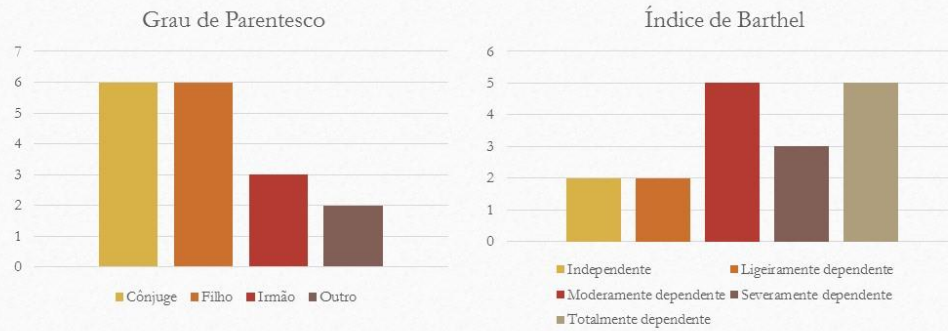
3

Escala de Zarit

- Avaliação qualitativa e quantitativa da sobrecarga familiar
- Instrumento fiável, com boas características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar (Sequeira, 2010)
- Escala de auto-avaliação (Gort, et al, 2005)
- Escala de Zarit Reduzida – adequada ao tempo disponível, de fácil utilização e adaptada aos cuidados paliativos.

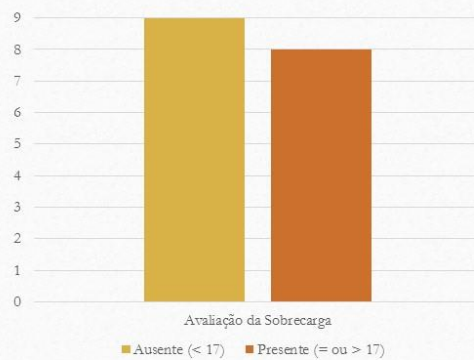
4

Escala de Zarit Reduzida



5

Escala de Zarit Reduzida



6

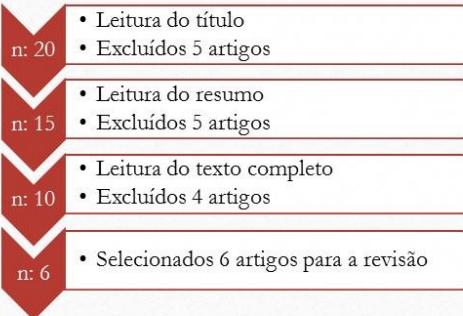
Revisão Integrativa da Literatura

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

Revisão Integrativa da Literatura

- Pesquisa na Plataforma EBSCO:
 - Bases de dados científicas: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews; MedicLatina
 - Artigo completo disponível do ano 2000-2015
 - Equação de pesquisa:
 - **Caregivers (TI título) AND Burden (SU Termos do assunto) AND Palliative Care (SU Termos do assunto)**

Revisão Integrativa da Literatura



• Artigos:

1. McConigley, et al., 2010
2. Harding, List, Epiphaniou, Jones, 2011
3. Fujinami, et al., 2012
4. Rabow, Hauser, Adams, 2004
5. Diwan, Hougham, Sachs, 2004
6. Proot, et al., 2003

9

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- Identificar as necessidades do doente/família ^{3 4 6}
- Prestar cuidados adequados às necessidades do doente ⁶
- **Controlar os sintomas do doente** ⁵
- Prestar cuidados segundo as preferências, valores e contingências do doente/família ⁴
- Envolver os familiares na prestação de cuidados ⁶
- Prestar cuidados cultural e espiritualmente sensíveis ^{3 4}
- Promover a continuidade dos cuidados ⁵
- Promover a articulação e uma comunicação consistente da equipa multidisciplinar ⁵

10

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- **Estar disponível para o doente/família** ³
- Conhecer a dinâmica familiar ⁴
- Criar uma parceria com o doente/família ⁴
- Desenvolver uma abordagem biopsicossocial, centrada no doente/família ³⁵
- Proporcionar suporte personalizado ²
- Antecipar as necessidades da família ³
- Promover a comunicação entre o doente e a família ³
- Escutar ativamente ⁴
- **Proporcionar suporte emocional** ⁴⁶

11

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- Promover a esperança realista ⁶
- Explorar os desejos do doente/família ⁴
- Validar e respeitar sentimentos, escolhas e preocupações da família ⁴⁶
- **Validar o papel dos cuidadores** ⁴
- Proporcionar momentos de contacto apenas com a família ³⁶
- Incentivar a família para a delegação de tarefas ¹
- Incentivar a família a manter atividades habituais, sociais e de lazer ⁶
- Incentivar ao autocuidado ²³

12

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- Esclarecer e discutir com o doente/família sobre os cuidados a prestar ao doente nos últimos dias de vida ¹⁶
- Acompanhar a família no sofrimento e no luto ⁴
- Identificar risco ou presença de depressão/luto patológico ⁴
- Preparar a família para os sentimentos relativos aos dias significativos ⁴

13

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- Fornecer informação clara ⁴
- Informar e esclarecer sobre: diagnóstico, prognóstico, terapêutica, possíveis sintomas/complicações e seu controlo e questões práticas da prestação de cuidados ¹⁶
- Ensinar e treinar sobre: administração de terapêutica, prestação de cuidados, controlo dos sintomas ¹²⁴
- Proporcionar suporte na tomada de decisão ¹⁵⁴
- Realizar conferência familiar para tomada de decisão ⁴

14

Resultados

Quais as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes em contexto de cuidados paliativos?

- Promover o suporte social do doente/família²³⁵⁶
- Encaminhar o doente/família para os recursos e serviços da comunidade⁵
- Providenciar um contacto telefónico para o esclarecimento de dúvidas¹²
- Realizar contatos telefónicos e visitas domiciliárias periódicas²
- Proporcionar programas de educação para familiares¹²
- Proporcionar materiais educacionais e de suporte³⁵
- Encaminhar a família para grupos de suporte²³⁴⁵

15

Obrigado pela atenção

16

Referências Bibliográficas

- Diwan, Hougham, Sachs (2004) - Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the palliative excellence in alzheimer care efforts (PEACE) program, in **Journal of Palliative Medicine**, 7 (6), p.797-807.
- Gort, et al. (2005) – Escala de Zarit reduzida en cuidados paliativos, em **Medicina Clinica**, 124 (17), p. 651-653.
- Harding, List, Epiphaniou, Jones (2011) - How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness, in **Palliative Medicine**, 26 (1) p.7-22.
- Fujinami, Otis-Green, Klein, Sidhu, Ferrel (2012) - Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer, in **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 16 (6) p. E210-E220.
- McConigley, Halkett, Lobb, Nowak (2010) - Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers, in **Palliative Medicine**, 24 (5), p. 473-479.
- Proot, Abu-Saad, Crebolder, Goldsteen, Luker, Widdershoven (2003) - Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity, in **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 17, p. 113-121.
- Rabow, Hauser, Adams (2004) - Supporting Family Caregivers at the end of life: “They don’t know what they don’t know”, in **Journal of American Medical Association**, 291 (4), p. 483-491.
- Sequeira (2010) – Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga de Zarit, em **Revista Referência**, II série, nº 12, março, p.9-16.

APÊNDICE IV

Poster: Sobrecarga Familiar – Intervenções de Enfermagem



VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

Sobrecarga Familiar – Intervenções de Enfermagem

Atanásio, Inês (ICS/UCP*); Marques, Lucinda (HL**); Madureira, Manuela (ICS/UCP*)

*Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; ** Hospital da Luz

Introdução

Um indivíduo com doença grave e progressiva, com necessidade de cuidados paliativos, encontra-se inserido numa família, que toma o papel de cuidadora, mas também carece de cuidados, uma vez que a unidade a cuidar é o doente-família¹.

A sobrecarga familiar remete-nos para as consequências associadas ao cuidar de um familiar doente², e tem repercussões negativas no quotidiano do cuidador, com agravamento da sua qualidade de vida e aumento da morbilidade².

Objetivo

Identificar as intervenções de enfermagem que promovem a diminuição da sobrecarga dos familiares dos doentes, em contexto de cuidados paliativos.

Metodologia

Revisão Integrativa da Literatura, com pesquisa na plataforma EBSCO, no dia 27/09/2015, nas bases de dados CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina.

Critérios de inclusão:

- Artigo completo disponível de 2000 a 2015
- Artigos em Português, Inglês e Espanhol
- Intervenções de enfermagem para a diminuição da sobrecarga familiar, em contexto de Cuidados Paliativos, domiciliar ou hospitalar.

Resultados

Equação de Pesquisa	• <i>Caregivers</i> , (no título) AND <i>Burden</i> (nos termos do assunto) AND <i>Palliative Care</i> (nos termos do assunto)
n = 20	• Leitura do Título • Excluídos 5 artigos
n = 15	• Leitura do Resumo • Excluídos 5 artigos
n = 10	• Leitura do Texto completo • Excluídos 4 artigos
n = 6	Artigos: • Proot, et al., 2003 • Diwan, Hougham, Sachs, 2004 • Rabow, Hauser, Adams, 2004 • McConigley, et al., 2010 • Harding, et al., 2011 • Fujinami, et al., 2012

Conclusões



Referências Bibliográficas

inesalmeidaatanasio@gmail.com

1. GUARDA; GALVÃO; GONÇALVES – Apoio à família, em BARBOSA; NETO (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Ed., Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.751-760. ISBN: 978-972-9349-22-5
2. SEQUEIRA (2010) – Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga de Zarit, **Revista Referência**. II série, nº 12, março, p.9-16.
3. PROOT, et al. (2003) - Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 17, p.113-121.
4. DIWAN, HOUGHAM, SACHS (2004) - Strain experienced by caregivers of dementia patients receiving palliative care: findings from the palliative excellence in alzheimer care efforts (PEACE) program. **Journal of Palliative Medicine**, 7 (6), p.797-807.
5. RABOW, HAUSER, ADAMS (2004) - Supporting Family Caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know", **Journal of American Medical Association**, 291 (4), p.483-491.
6. MCCONIGLEY, et al. (2010) - Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers, in **Palliative Medicine**, 24 (5), p. 473-479.
7. HARDING, et al. (2011) - How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness, in **Palliative Medicine**, 26 (1) p.7-22.
8. FUJINAMI, et al. (2012) - Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer, **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 16 (6) p.E210-E220.

APÊNDICE V

Plano de Sessão e Diapositivos da Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida

Plano de Sessão de Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida	
Objetivos	<p><u>Geral:</u> Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família em contexto de urgência.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os cuidados de enfermagem a prestar ao doente em fim de vida e sua família. • Identificar a via subcutânea como alternativa de administração de terapêutica. • Partilhar a experiência vivida no estágio em contexto de cuidados paliativos. • Refletir sobre os cuidados prestados ao doente em fim de vida e sua família.
Conhecimentos a adquirir	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios dos cuidados paliativos • Cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida • Técnica de colocação do cateter subcutâneo e administração de terapêutica
Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Preenchimento do questionário de avaliação de conhecimentos. • Objetivos e princípios dos cuidados paliativos • Cuidados de enfermagem nos últimos dias e horas de vida • Gestão dos problemas e sintomas: dor, nutrição e hidratação, dispneia, estertor, náuseas e vômitos, sintomas neuro-psicológicos e apoio à família. • Utilização da via subcutânea: técnica, cuidados de enfermagem e terapêutica. • Reflexão sobre caso clínico prático e partilha de experiências • Esclarecimento de dúvidas e conclusão. • Revisão do questionário de avaliação de conhecimentos.
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência
Formador	Enfermeira Inês Atanásio
Orientador	Enfermeira P. N.
Material	Computador, projetor multimédia, cateter subcutâneo, questionários e canetas.
Metodologia	Expositiva, interativa e reflexiva
Duração	Cerca de 45 minutos
Hora e Data(s)	14 e 18 de Dezembro de 2015 às 16 horas
Local	Sala de formação do Serviço de Urgência Geral

Diapositivos da Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermeira Inês Atanásio

Dezembro de 2015

1

Objetivos

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família em contexto de urgência.
 - Identificar os cuidados de enfermagem a prestar ao doente em fim de vida e sua família.
 - Apresentar a via subcutânea como alternativa de administração de terapêutica.
 - Partilhar a experiência vivida no estágio em contexto de cuidados paliativos.
 - Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente em fim de vida e sua família.

Cuidados Paliativos



São “uma resposta activa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde activos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo”.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2015

3

Cuidados Paliativos: Princípios

A filosofia dos cuidados paliativos têm vindo a ser desenvolvida e é atualmente perspectivada como um direito humano.

- Os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural
- Objetivo central – bem-estar e qualidade de vida do doente e família
- Abordagem global e holística
- Cuidados oferecidos com base nas necessidades
- Abranger as necessidades da família, prolongando-se no luto.

NETO (2010a)

4

Cuidados Paliativos: Áreas fundamentais

“Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (NETO, 2010a, p.6)

- Controlo sintomático
- Comunicação adequada
- Apoio à família
- Trabalho em equipa interdisciplinar

TWYGCROSS (2001)

5

Últimos dias e horas de vida



- Designada de agonia.
- Verifica-se um agravamento que se observa de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral.
- Caracteriza-se por mudanças clínicas e fisiológicas, muitas vezes com aparecimento de novos sintomas e agravamento dos já existentes.
- O principal objetivo centra-se em proporcionar o máximo conforto e a máxima dignidade de vida.
- Surge a necessidade de intensificar os cuidados à família.

NETO (2010b)

6

Características do doente em fase agónica

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico; oscilação do nível de consciência; desorientação; dificuldades na comunicação; apresentando-se acamado.
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição.
- Falência de múltiplos órgãos; alterações no controlo de esfíncteres, da temperatura corporal e coloração da pele (livores e cianose).
- Alterações da respiração (apneia, polipneia, estertor).
- Sintomas psico-emocionais (angústia, agitação, medo, pânico).
- Evidência ou percepção emocional da realidade da proximidade da morte.

NETO (2010b)

7

Fase agónica Plano terapêutico

Os cuidados devem ser ativos e tendo em conta as expectativas biológicas previsíveis para cada doente, respondendo às necessidades globais do doente/família, controlo rigoroso dos sintomas e apoio psico-emocional.

- Simplificação da terapêutica – prescindir dos fármacos sem utilidade imediata.
- Adequação da via de administração dos fármacos necessários – a primeira escolha é a via oral, seguida da via subcutânea.
- Prestação de cuidados adequados às necessidades do doente/família.
- Discutir em equipa os tratamentos que possam ser considerados fúteis, e antecipar o controlo de sintomas.
- Estabelecer um conjunto de medidas gerais de conforto.
- Explicar e esclarecer os cuidadores sobre as alterações propostas.

NETO (2010b)

8

Controlo de sintomas nos últimos dias e horas de vida

Frequência de sintomas nos 3 últimos dias de vida	
Confusão	55%
Respiração Ruidosa	45%
Agitação	43%
Dor	26%
Dispneia	25%
Náuseas e vômitos	14%

Adaptado de F. Nauck et al.; EJPCare 2000, em BARBOSA, NETO (2010, p.393)

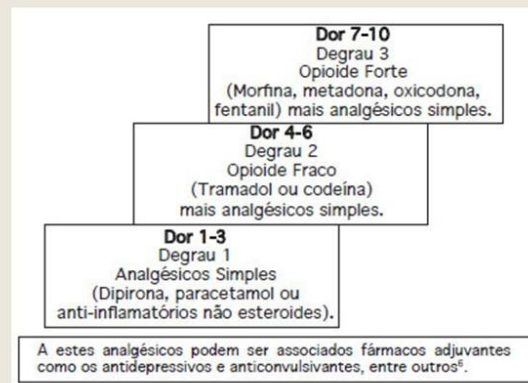
9

Dor



- Avaliação adequada da dor: através de escalas e de sinais de dor.
- Manifestações gerais: taquicardia, hipertensão arterial, diaforese, midríase, palidez, ansiedade.
- Controlo de outros sintomas que provocam desconforto.

- Controlo farmacológico da dor, através da Escada analgésica da OMS:



Em RABELO, BORELLA (2013)

10

Dor: medidas não farmacológicas

- Calor/Frio
- Massagem
- Mobilizações passivas: devem ser limitadas na dor aguda, em risco de fraturas.
- Posicionamentos: manter alinhamento corporal e prevenção de úlceras por pressão.
- Imobilização: Restringir movimentos para aliviar dor, em posições anátomo-funcionais, aplicação de ligaduras.
- Acupuntura; Técnicas estimulatórias
- Musicoterapia

11

Alterações da nutrição e hidratação

- O desinteresse pela alimentação é natural, sendo consequência da doença e não a causa do agravamento.
- Proporcionar alimentação e hidratação consoante o desejo do doente.
- Forçar a ingestão não faz regredir a doença e pode ainda perturbar o bem-estar do doente, sem que isso concorra para as suas melhoras.
- Quando o doente apresenta sede, devemos reforçar as medidas locais orais, como molhar a boca frequentemente, lâminas congeladas de chá ou água, pulverizar a boca com bebidas a gosto e higiene oral.
- As sondas nasogástricas são medidas desproporcionadas e geradoras de maior incómodo que benefício. Deve-se explicar que o doente não morrerá de falta de alimento mas devido à evolução da doença.
- A hidratação deve ser ponderada cuidadosamente.

NETO (2010b)

12

Dispneia

- Está quase sempre associada a algum grau de taquipneia e ansiedade.
- O fármaco de primeira escolha é a morfina, para diminuir a frequência respiratória e o esforço ventilatório.
- A administração de oxigénio é pertinente em doentes hipoxémicos, idealmente por óculos nasais.
- Na ansiedade, os ansiolíticos de eleição são o diazepam PO, o lorazepam SL e o midazolam SC.
- Medidas não farmacológicas: presença de um familiar tranquilizador, posicionamento com cabeceira a 45°, a proximidade a uma janela ou um espaço arejado.

NETO (2010b)

13

Respiração ruidosa (estertor)

- Ruídos que são produzidos durante a inspiração e expiração com a passagem do ar e pela incapacidade que o doente tem que expulsar as secreções da orofaringe e traqueia, não sendo sinónimo de asfixia.
- Provoca grande ansiedade para os familiares.
- A aspiração só deve efetuar-se em casos extremos, se as secreções forem muito abundantes.
- Recorre-se à butilescopolamina e à furosemida.
- A hidratação deve ser revista por provocar aumento das secreções.
- Medidas gerais: alternância de decúbitos, higiene oral, cabeceira elevada.

NETO (2010b)

14

Náuseas e vômitos

- São de etiologia multifatorial, e é de salientar a náusea associada aos opióides e à obstrução intestinal.
- Deve-se avaliar o episódio de náuseas e vômitos, relacionar com outros sintomas, fatores desencadeantes e de alívio para uma melhor intervenção.
- Rever a terapêutica e suspender os fármacos que possam estar na origem do problema; Instituir a profilaxia da obstipação.
- Medidas gerais: ambiente livre de odores, tranquilidade, refeições pequenas e frequentes, hidratação, higiene oral.
- Abordagem farmacológica: metoclopramida, haloperidol, butiloscopolamina, dexametasona, ondasetron, levomepromazina.

NETO (2010b)

15

Sintomas neuropsicológicos

- O doente apresenta flutuações do estado de consciência, que são um sintoma da progressão da doença.
- A agitação e angústia terminal podem advir de problemas emocionais antigos. A resolução de conflitos precoce é muito importante. Quando este aspeto não é trabalhado é necessário recorrer a medidas para controlo do delírio.
- Perante um doente agónico que subitamente se agita é mandatório excluir a presença de fecalomas ou retenção urinária, sendo que cerca de 2/3 dos doentes necessitam de ser algaliados.
- Deve-se utilizar terapêutica para o controlo do delírio e proporcionar um ambiente calmo, minimizar o ruído, com iluminação adequada e uma companhia para orientar o doente.
- Medidas farmacológicas: haloperidol, midazolam, levomepromazina.

NETO (2010b)

16

Apoio à família na agonia



- Esta fase é muito dura.
- É um período de transição entre uma fase de maior consciência e a morte. Se os sintomas estiverem controlados, se o doente não estiver agitado, e natural que não esteja a sofrer.
- Deve-se afirmar que o doente está a receber os melhores cuidados disponíveis.
- Devemos fomentar a expressão de emoções, as despedidas, o toque afetivo e o acompanhamento nos últimos momentos.
- É muito útil esclarecer que os momentos finais são, na quase totalidade dos casos, tranquilos e que progressivamente o doente deixará de respirar.
- Ter em consideração a cultura e a religião do doente/família, demonstrando preocupação para com os cuidados pós-morte.
- Identificar risco de luto patológico e encaminhar para apoio psicológico.

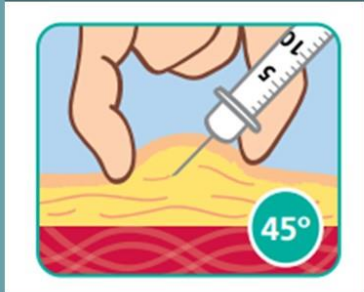
NETO (2010b)

17

VIA SUBCUTÂNEA

18

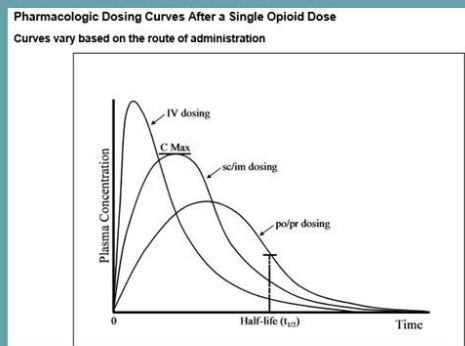
Via subcutânea: uma alternativa



- Em cuidados Paliativos existe a necessidade de recorrer a vias alternativas à via oral, que promovam o conforto do doente.
- Para se promover o conforto e o controlo sintomático, a administração de terapêutica representa um papel fundamental, em conjunto com as medidas não farmacológicas.
- A administração de fármacos (bolus e perfusão contínua) e soro (hipodermóclise) através da via subcutânea constitui uma excelente alternativa, simples, eficaz e cómoda.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
19

Vantagens



FERRIS, GUNTEN, EMANUEL (2002)

- Técnica simples, eficaz, de fácil aplicação e pouco dolorosa.
- Menos desconfortável para o doente.
- Índice de absorção semelhante à da via intramuscular com menor desconforto associado.
- Biodisponibilidade sobreponível à da via endovenosa com menos complicações e custos associados.
- Não existe risco de hemorragia, embolia ou sépsis.
- A absorção dos fármacos é lenta o que permite manter os seus níveis constantes e promover um melhor controlo dos sintomas.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
20

Indicações

- Desidratação
- Incapacidade de ingerir quantidades adequadas de fluidos
- Resposta insatisfatória aos fármacos por via oral.
- Toxicidade a fármacos
- Via oral não disponível ou contraindicada – debilidade, obstrução ou incapacidade de deglutição.
- Náuseas e vômitos
- Absorção gastrointestinal diminuída
- Alterações cognitivas do doente ou do estado de consciência (inconscientes, sedados, convulsões)
- Doentes nos últimos dias e horas de vida.
- Acessos venosos não viáveis.
- Necessidade de elevadas doses de morfina oral.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
21

Contraindicações

Absolutas

- Membros com disseção ganglionar
- Necessidade de grande aporte de soros (choque)
- Insuficiência renal
- Risco de edema pulmonar (insuficiência cardíaca grave)
- Anasarca
- Coagulopatias
- Pele não íntegra, proeminências ósseas ou articulares.

Relativas

- Tecidos junto de cicatrizes operatórias ou já irradiados.
- Infecções de repetição no local de punção.
- Necessidade de grande aporte de soro
- Infusões contínuas prolongadas.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
22

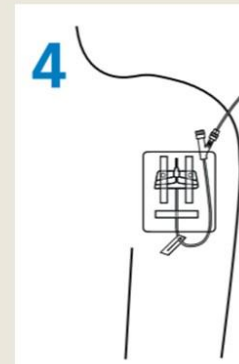
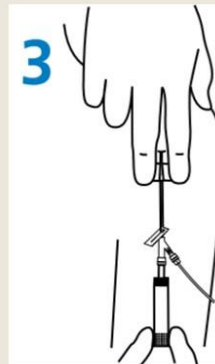
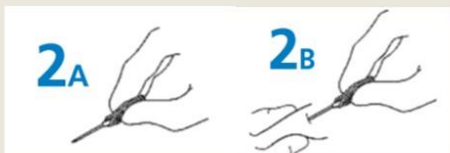
Técnica



- Seleção de um cateter ou agulha epicraniana de baixo calibre (23G ou inferior).
- Preenchimento do cateter com soro fisiológico.
- Seleção do local de punção.
- Desinfecção do local de punção com solução alcoólica cutânea ou clorhexidina.
- Punção numa prega cutânea a 45°.
- Retirar mandril do cateter.
- Fixar cateter com penso impermeável transparente.

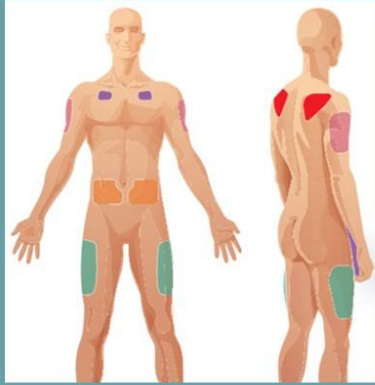
GALVÃO (2005); NETO (2008)
23

Técnica



BECTON; DICKINSON (2013)
24

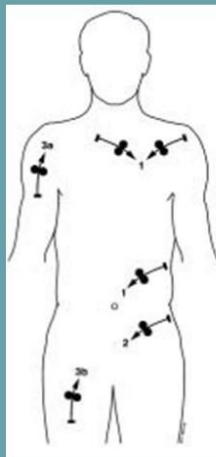
Cuidados de enfermagem



- Vigilância quanto a complicações:
 - Sinais inflamatórios
 - Sangue na tubuladura
 - Dor, desconforto, induração local
 - Hemorragia ligeira
 - Prurido, alergia
 - Défice de absorção
 - Farfalheira
 - Aparecimento ou agravamento de edemas periféricos
 - Celulite
- Rotação de local ao fim de 3 dias para a dexametasona, de 5 dias para antibióticos e 7 dias para soro e outros fármacos.
- As complicações motivam a mudança de local de punção, com 5cm de distância da primeira.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
25

Cuidados de enfermagem



- Administração de até 3 fármacos em bólus, com lavagem com 2mL de soro fisiológico.
- Pode-se colocar mais que um cateter.
- Administração de perfusões contínuas.
- Administração de 1500mL/24h de soro fisiológico ou dextrose 5% em soro, podendo haver maior tumefação - região torácica e abdominal com maior capacidade de absorção.
- Pode ser administrado potássio até 40mEq/L.
- A hidratação pode ser interrompida e reiniciada a qualquer momento.

GALVÃO (2005); NETO (2008)
26

Administração de fármacos via subcutânea

Fármacos	Indicações
Morfina	Dor, dispneia, diarreia.
Tramadol, Fentanil	Dor
Haloperidol	Agitação, delirium, náuseas e vômitos
Levomepromazina	Agitação e vômitos
Midazolam	Agitação, convulsões, dispneia, ansiedade
Dexametasona	Dispneia, dor, vômitos
Metoclopramida, Ondasetron	Náuseas, vômitos
Butilescopolamina	Estertor, cólicas, farfalheira
Diclofenac	Dor óssea, febre
Furosemida	Edemas, crise hipertensiva, farfalheira
Ranitidina	Profilaxia da hemorragia, diaforese
Ceftriaxone, Cefipima, Ertapenem	Infeções

GALVÃO (2005); NETO (2008)

Via subcutânea

Não podem ser administrados via subcutânea:



Diazepam
Clorpromazina
Pamidronato
Digoxina
Fenitoína

RISCO DE NECROSE TECIDULAR

Fármaco	Compatibilidade farmacológica
Butilescopolamina	Morfina, haloperidol, midazolam, octreotido, levomepromazina
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, exceto de se foram dose muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Não é compatível com outros fármacos: administrar isoladamente
Haloperidol	Morfina, tramadol, butilescopolamina, metoclopramida, levomepromazina, midazolam, octreotido
Levomepromazina	Morfina, butilescopolamina, metoclopramida, haloperidol, midazolam, octreotido
Metadona	Midazolam
Midazolam	Morfina, butilescopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, octreotido
Morfina	Butilescopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, midazolam, octreotido
Octreotido	Morfina, butilescopolamina, metoclopramida, haloperidol, levomepromazina, midazolam
Tramadol	Haloperidol, metoclopramida

Adaptado de DICKMAN (2002) em NETO (2008)

EXERCÍCIO PRÁTICO

29

Exercício

Mulher de 75 anos, transferida para unidade de cuidados paliativos por AVC isquêmico com pneumonia de aspiração, após 15 dias de gastrectomia parcial por adenocarcinoma do antro.

Encontrava-se afásica, prostrada, reativa a estímulos externos, com hemiparesia à direita mas movimentando os membros à esquerda. Dirige o olhar por períodos. Encontra-se com CVC para antibioterapia e fluidoterapia, SNG para alimentação entérica que tolerava e com aporte de oxigênio por óculos nasais. Totalmente dependente nas AVD's. Algaliada com baixo débito urinário.

Apresenta episódios de vômitos em determinado dia e agravamento progressivo nos dias seguintes, ficando menos reativa, febril, hipertensa, com polipneia, respiração ruidosa e secreções em pequena quantidade.

Vivia com filha e genro, mais 2 netos, de 11 e 16 anos.

30

MUITO OBRIGADA

Enfermeira Inês Atanásio

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (2015) - **Cuidados paliativos: o que são?** [Em linha], [Consult: 10.Set.2015]. Disponível em WWW: URL: <<http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>>
- FERRIS, GUNTEN, EMANUEL (2002) - Ensuring competency in end-of-life-care: controlling symptoms, em *BMC Palliative Care*, p.1-14. doi:10.1186/1472-684X-1-5
- GALVÃO, Cristina (2005) - Utilização da via subcutânea no doente idoso e terminal, em *Postgraduate Medicine*, Vol. 23, nº, Fevereiro, p.97-107. ISSN: 0872-6590
- NETO, Isabel Galriça (2008) - Utilização da via subcutânea na prática clínica, em *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, Vol. 15, nº 4, Out/Dez, p.277-283
- NETO, Isabel Galriça (2010a) - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos, em BARBOSA; NETO (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.1-42. ISBN: 978-972-9349-22-5
- NETO, Isabel Galriça (2010b) - Agonia, em BARBOSA; NETO (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.387-400. ISBN: 978-972-9349-22-5
- NHS LOTHIAN (2013) - **Palliative Care in the last days of life**, [Em linha], [Consult: 04.Dez.2015]. Disponível em WWW: URL: < <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/1162/care-in-the-last-days-of-life.pdf>>
- RABELO, BORELLA (2013) - Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica, em *Revista dor*, vol.14, n.1, pp.58-60. ISSN 1806-0013
- TWYXCROSS, Robert (2001) - **Cuidados Paliativos**, 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 972-796-001-4

APÊNDICE VI

Questionário para avaliação de conhecimentos e descrição dos dados obtidos na Sessão de Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida

Sessão de Formação: Cuidados de enfermagem nos últimos dias e horas de vida

O principal objetivo dos cuidados paliativos é a promoção da qualidade de vida e bem-estar do doente/família. Tendo em conta os conhecimentos que detém sobre cuidados paliativos, gostaria que respondesse ao seguinte questionário, de forma anónima para identificar os conhecimentos iniciais sobre e os adquiridos durante a formação sobre o tema. Assinale com um círculo (O) a 1ª resposta, antes da formação, e no final da apresentação reveja as suas respostas, respondendo novamente, com uma seta (→).

Agradeço a atenção e colaboração

Enfermeira Inês Atanásio

- Classifique como verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações:

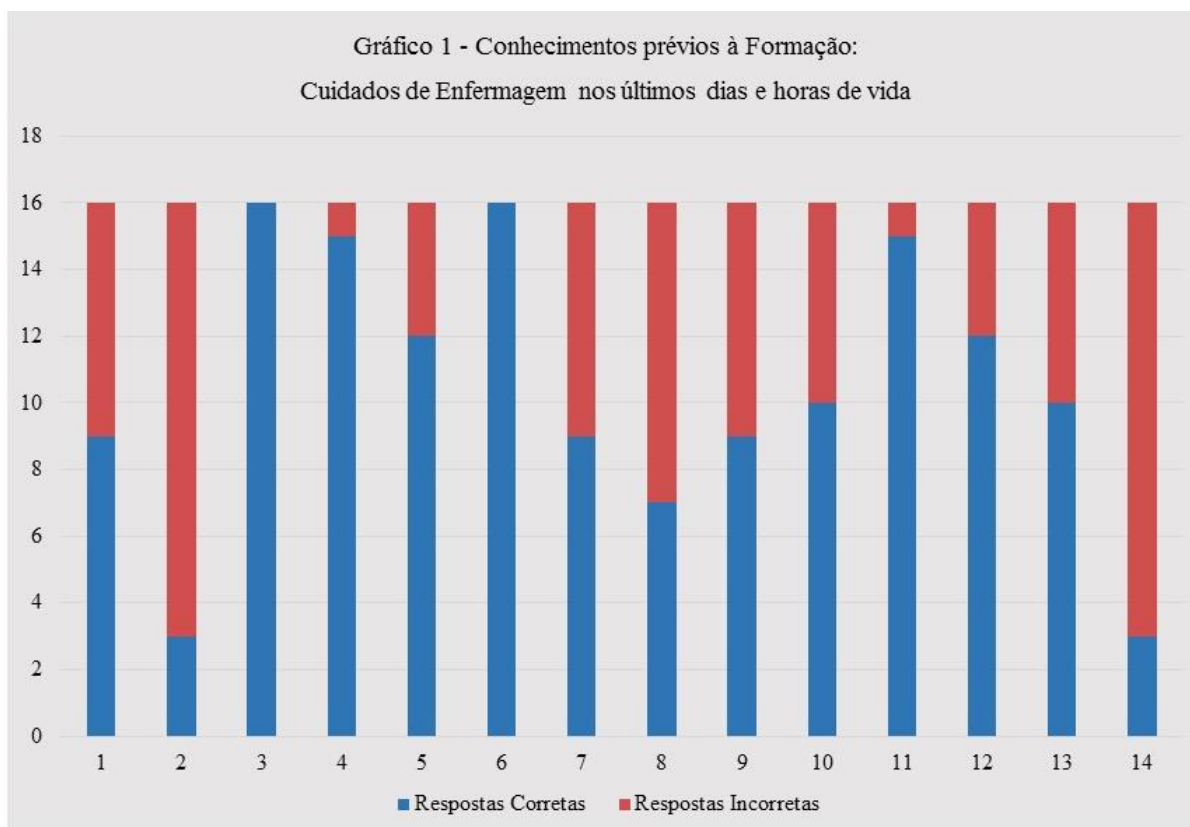
1	V	F	Os cuidados paliativos são oferecidos com base no diagnóstico do doente.
2	V	F	Os cuidados paliativos acompanham a família até ao falecimento do doente.
3	V	F	Cuidar da família centra-se na escuta, disponibilidade e na compreensão.
4	V	F	Os cuidados paliativos estão apenas indicados para os doentes em agonia.
5	V	F	A unidade de prestação de cuidados são o doente/família.
6	V	F	Nos últimos dias e horas de vida é essencial simplificar a terapêutica e estabelecer os cuidados de conforto.
7	V	F	Deve-se manter sempre a hidratação do doente em agonia.
8	V	F	O fármaco de primeira linha para a dispneia é a morfina.
9	V	F	A dor é o principal sintoma presente no doente na fase agónica.
10	V	F	Para a ansiedade poderá ser administrado diazepam via subcutânea.
11	V	F	A utilização da via subcutânea é de difícil aplicação.
12	V	F	A utilização da via subcutânea está indicada quando a via oral não está disponível.
13	V	F	A via subcutânea apenas permite a administração de 1000mL/dia de fluidoterapia.
14	V	F	O abdómen e a face anterior das coxas são as zonas preferenciais para a hipodermóclise.

Dezembro de 2015

Descrição dos dados obtidos

Antes da apresentação da formação, Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida, foi entregue o questionário acima apresentado, com o propósito de identificar os conhecimentos prévios, dos enfermeiros sobre os temas que iriam ser abordados.

Foram preenchidos 16 questionários e segundo os dados obtidos da correção dos mesmos, verificou-se o total de 35% de classificações incorretas e a sua distribuição por afirmação encontra-se no gráfico 1, apresentado seguidamente.



Na correção do questionário foram consideradas as afirmações, nº 3, 5, 6, 8 e 12 como verdadeiras. Justificando as afirmações falsas: a nº 1, pois os CP são oferecidos com base nas necessidades do doente; a nº 2, pois os CP acompanham a família no luto; a nº 4, porque os CP estão indicados para os indivíduos com doença grave e progressiva, nas várias fases da

doença; a nº 7, pois a necessidade de hidratação deve ser avaliada perante cada situação, podendo ser desaconselhada; a nº 9, pois os sintomas neuro-psicológicos e os respiratórios são mais comuns na agonia; a nº 10, pois a administração de diazepam via subcutânea pode provocar necrose tecidual; a nº 11, porque a utilização da via subcutânea é de fácil aplicação; a nº 13, pois a via subcutânea permite a administração de 1500mL de fluidoterapia em cada local de punção, até dois locais; e por último, a afirmação nº 14 é também falsa, por estarem indicadas a região torácica e abdominal como as preferenciais para a hipodermóclise.

Observou-se durante o preenchimento dos questionários, que surgiram várias dúvidas quanto às afirmações e esse aspeto foi confirmado com o número de classificações incorretas, no entanto, também se identificou que alguns enfermeiros, apresentavam conhecimentos sobre o tema, como se verifica no gráfico apresentado, sendo que partilharam várias experiências profissionais e académicas neste âmbito, o que beneficiou o decorrer da formação. Considerou-se que os objetivos específicos e os conhecimentos a adquirir pelos enfermeiros foram conseguidos, com a correção das classificações no final da apresentação.

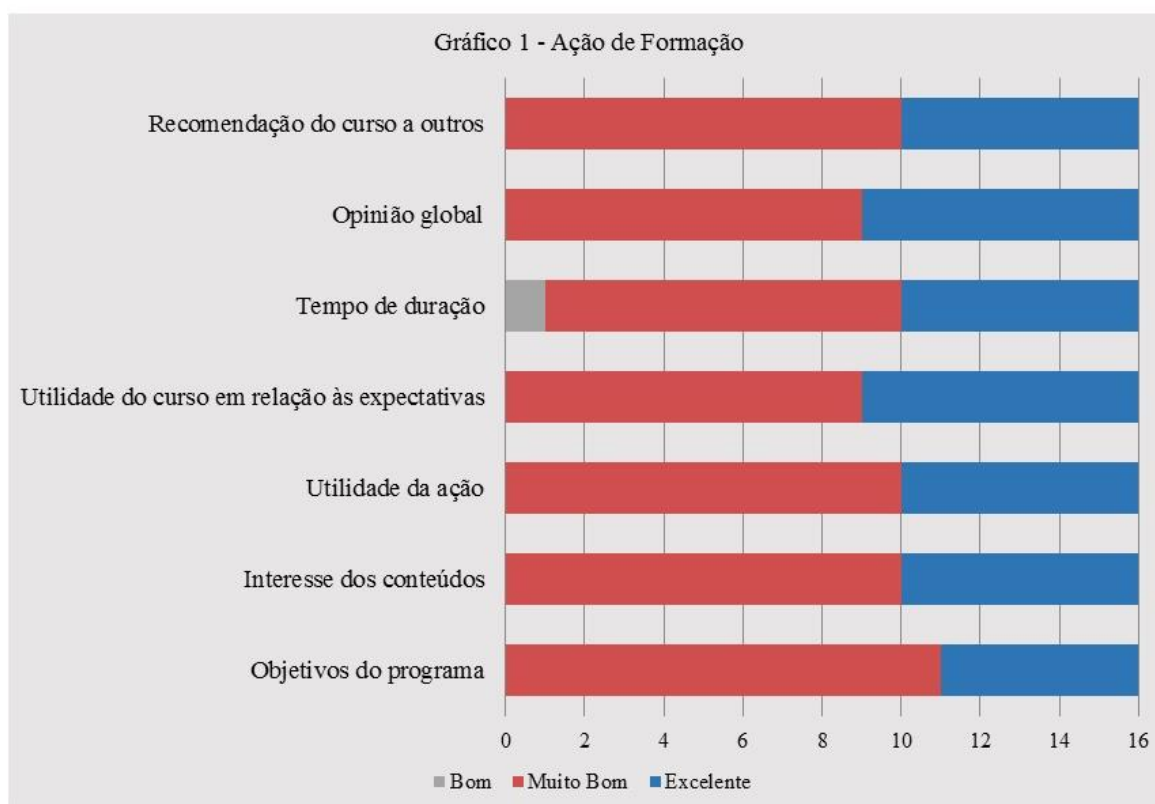
APÊNDICE VII

Questionário de avaliação da Sessão de Formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida

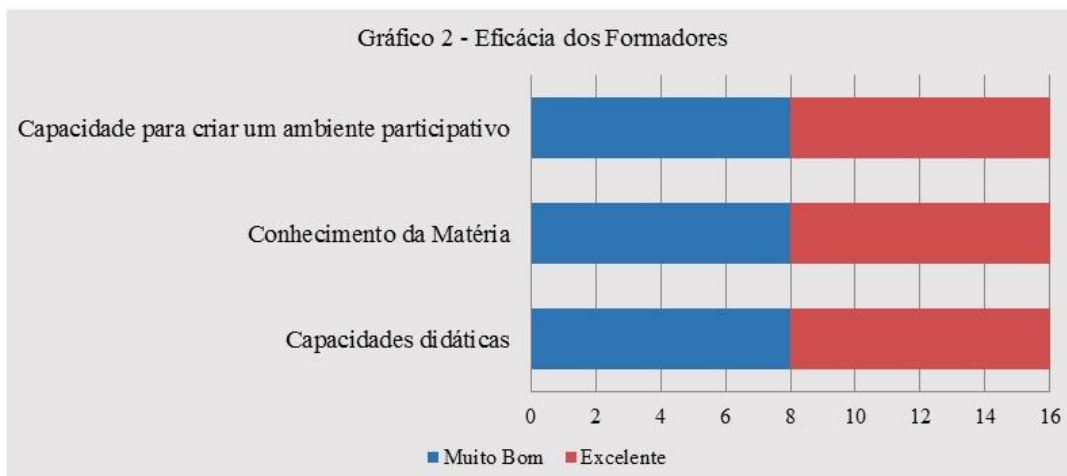
Avaliação da satisfação da Acção de Formação (Formando)					
Nome da Acção		Cód. Form			
Entidade Formadora					
Formador					
Local		Data			
<i>O objectivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspectos da acção de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflecte a sua opinião. <u>Este questionário é anónimo.</u></i>					
1. Acção de Formação	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
1.1 - Objectivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 - Utilidade da Acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 - Opinião global sobre a acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eficácia dos Formadores	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
2.1 - Capacidades didácticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preparação e Organização da Acção	1 Insuficiente	2 A Melhorar	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
3.1 – Informação prévia sobre o tema da acção de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 – Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentários					
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!					

Descrição e análise dos dados obtidos

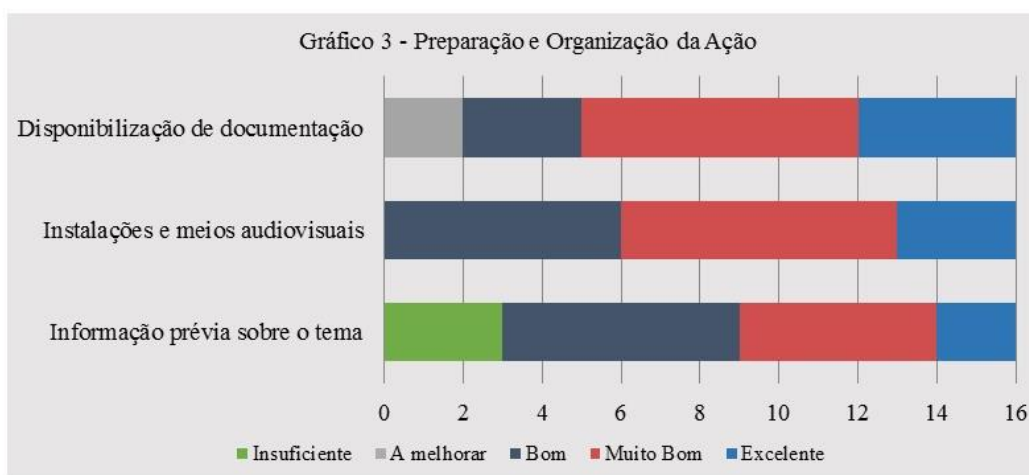
No final da sessão de formação: Cuidados de Enfermagem nos últimos dias e horas de vida, foi entregue um documento para avaliação da mesma, um impresso utilizado pela unidade hospital, do contexto de estágio. O questionário encontra-se dividido em três categorias para avaliação, nomeadamente a *Ação de Formação*, a *Eficácia dos Formadores* e a *Preparação e Organização da Ação*, apresentando-se, seguidamente, os três gráficos correspondentes. Foram preenchidos um total de 16 questionários



Tendo em conta o gráfico 1 observado, verifica-se que relativamente à *Ação de Formação*, a avaliação foi, maioritariamente Muito Bom e Excelente, tendo sido identificado um Bom, relativamente ao Tempo de duração, que foi considerado por ter havido um prolongamento do tempo programado para a sessão de formação.



Perante a avaliação da *Eficácia dos Formadores*, observa-se no gráfico 2 que em cada ponto, 50% dos participantes considerou Muito Bom e restantes 50%, consideraram Excelente, tendo sido uma avaliação muito positiva e compensadora.



Relativamente ao gráfico 3, correspondente à *preparação e organização da ação*, os resultados foram mais dispersos. Sobre a *informação prévia sobre o tema*, alguns participantes consideraram que a mesma era insuficiente, e também considerei que, como foi referido, que o título não foi esclarecedor de todos os conteúdos que foram apresentados na formação, bem como a mesma poderia ter sido mais divulgada, havendo aspetos a melhorar.

Observa-se que as *Instalações e meios audiovisuais* receberam uma avaliação de Bom em 37%; Muito Bom em 44% e Excelente em 18% e foram também considerados recursos físicos e materiais suficientes para a realização da formação.

Relativamente à *disponibilização de documentação*, na data da formação, os participantes não tiveram acesso a informação sobre o tema ou documentos relacionados, no entanto, após a realização da formação, foram entregues os diapositivos da apresentação, ao Enfermeiro Chefe, sendo que a mesma iria ficar disponível na intranet, para todos os Enfermeiros, ficando com acesso a bibliografia de referência sobre o assunto.

Considerou-se assim, após reflexão crítica e através dos dados obtidos através da avaliação, que *preparação e organização da ação* apresentaram alguns pontos menos positivos, que foram revistos e serão tidos em conta futuramente, na promoção do contínuo desenvolvimento profissional e pessoal.