



O DOENTE CRÍTICO E PALIATIVO E SEUS CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

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

Por
Ana Rita de Oliveira Silveira da Fonseca

Porto – abril de 2018



**O DOENTE CRÍTICO E PALIATIVO E SEUS CONTEXTOS DE
VULNERABILIDADE**

**THE CRITICAL AND THE PALLIATIVE PATIENT AND THEIR
VULNERABILITY CONTEXTS**

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

Por

Ana Rita de Oliveira Silveira da Fonseca

Sob a orientação de: Doutora Patrícia Coelho

Porto – abril de 2018

RESUMO

O documento exposto pretende descrever o percurso de aprendizagens e aquisição de competências no âmbito do 10º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme preconizado pela Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, incidindo sobre a Unidade Curricular - Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu cronologicamente num Serviço de Cuidados Paliativos (Módulo III), num Serviço de Urgência (Módulo I) e numa Unidade de Cuidados Intensivos (Módulo II).

Através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva abordam-se os objetivos de estágio, atividades na consecução dos mesmos, com orientação pelos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria de qualidade contínua e aprendizagens profissionais. Refletem-se cuidados especializados à pessoa em situação crítica, englobando a avaliação diagnóstica, concreta e em tempo útil, por forma a reconhecer, prever e detetar precocemente as complicações decorrentes do processo de doença e conduzindo à readaptação total do indivíduo. Os cuidados especializados à pessoa em situação paliativa decorrem de um controlo de sintomatologia eficaz, no suporte psicológico, emocional e espiritual, com valorização da comunicação, no cuidado à família e no trabalho em equipa. Descreve-se o conceito de vulnerabilidade da pessoa doente e da família, alertando para os fatores que o potenciam e que são alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

As oportunidades de melhoria encontradas ao longo do percurso académico enriqueceram o presente documento, no sentido de as perceber e solucionar. No Serviço de Cuidados Paliativos promoveu-se a reflexão sobre o apoio à família no processo de perda, inerente à morte, com a realização de uma proposta de protocolo de acompanhamento no luto que se coaduna com a qualidade dos cuidados, nomeadamente com o envio da “carta de luto”. No Serviço de Urgência respondeu-se à necessidade de um manual de integração e acolhimento dos Enfermeiros, como parte integrante de uma gestão eficaz. Na Unidade de Cuidados Intensivos desenvolveu-se um estudo de caso – Refletir e Agir sobre a Vulnerabilidade do Doente Crítico que permitiu o enriquecimento acerca do conceito, sobressaindo na aprendizagem profissional. Em conclusão foi alcançado o propósito inicial, ainda que se reconheça que há caminho a percorrer.

Descritores: Enfermagem; Médico-Cirúrgica; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The present document intends to describe the course of learning and acquisition of competences in the ambit of the 10th Masters' Course with a Specialization in Medical-Surgical Nursing, as recommended by the Universidade Católica Portuguesa - Health Sciences Institute. It pertains to the Curricular Unit – Internship in Medical-Surgical Nursing, which chronologically occurred in a Palliative Care Service (Module III), an Emergency Department (Module I) and in an Intensive Care Unit (Module II).

Through a descriptive and critical-reflective methodology, we detail the internship goals, and all activities in the accomplishment of the former, through guidance in the fields of professional, ethical and legal responsibilities, as well as continuous quality improvement and professional learning. Specialized care is considered for a person in critical condition, encompassing the concrete and timely diagnostic evaluation, in order to recognize, predict and detect early complications arising from the disease process and leading to the complete readaptation of the individual. Specialized care for the person in a palliative condition results from an effective symptom control, as well as psychological, emotional and spiritual support. Another key element is communication, both in family care and teamwork.

The concept of vulnerability of the sick person and the family is described, alerting to the factors that empower it, and which are the target of the intervention by the Medical-Surgical Specialist Nurse.

The improvement opportunities found throughout the academic course have enriched the present document, in order to understand and solve them. In the Palliative Care Service, a reflection on support for the family in the loss process inherent to death, was promoted, with a proposal for a follow-up protocol in mourning. This is in line with the quality of care, namely by sending a “condolence letter”. In the Emergency Department, a manual of the integration and welcoming of nurses was needed as an integral part of an effective management. In the Intensive Care Unit, a case study was developed – Reflect and Act on Critical Illness Vulnerability that allowed the enrichment of the concept, emphasizing professional learning. In conclusion, the initial purpose is considered to be achieved, although there is still work to be further developed.

KeyWords: Nursing; Medical-Surgical; Vulnerability.

Eu não parti de um porto conhecido. Nem hoje sei que porto era, porque ainda nunca lá estive. Também, igualmente, o propósito ritual da minha viagem era ir em demanda de portos inexistentes – portos que fossem apenas o entrar-para-portos; enseadas esquecidas de rios, estreitos entre cidades (...).

Fernando Pessoa *in* “Livro do Desassossego”

À minha mãe e ao meu pai que são o porto de abrigo, ponto de partida e ponto de chegada.

Ao João, pelo cuidado.

À minha família de amigos porque soube esperar.

Agradecimento

À Professora Patrícia Coelho, pela orientação imprescindível à concretização desta etapa de vida académica.

Aos Enfermeiros tutores, pela sua disponibilidade e partilha de conhecimento gratuito.

Aos meus colegas de profissão que tornaram mais fácil e possível este percurso, pelo carinho e pela pronta ajuda demonstrada.

A todos os que se envolveram neste projeto e que auxiliaram na reflexão pessoal e profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CP - Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC - Especialização/Especialidade/Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*

OE - Ordem dos Enfermeiros

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SCI - Serviço de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	21
2. NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO DOENTE COM NECESSIDADES PALIATIVAS E AO DOENTE CRÍTICO	25
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	26
2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	37
2.3 Domínio da Gestão de Cuidados.....	52
2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	57
3. CONCLUSÃO	75
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
5. APÊNDICES	87
APÊNDICE 1 – Proposta de Protocolo de Acompanhamento no Luto, num Serviço de Cuidados Paliativos.....	89
APÊNDICE 2 – Quando Termina a Responsabilidade no Cuidar? Apresentação de Diapositivos.....	95
APÊNDICE 3 – Apresentação das Vivências de Estágio em Cuidados Paliativos.....	111
APÊNDICE 4 – Contacto com a Família em Processo de Perda: Importância da Carta de Luto em Cuidados Paliativos, Revisão da Literatura.....	125
APÊNDICE 5 – Abstract e Poster “Carta de Luto: Cuidados Humanizados e Próximos em Cuidados Paliativos” – Participação no Seminário INPALIN.....	137
APÊNDICE 6 – Manual de Acolhimento do Enfermeiro no Serviço de Urgência.....	143
APÊNDICE 7 – Estudo de Caso: Refletir e Agir sobre a Vulnerabilidade do Doente Crítico.....	195

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Check-List</i> – Partilha de Informações com os Enfermeiros do Serviço de Urgência.....	45
---	----

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 10º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), conforme preconizado pela Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde e, de acordo com as premissas de Bolonha onde se desenha um modelo de aprendizagem ativo, com o desenvolvimento de competências e com relevância da componente experimental e de projeto. O estudante é elemento central neste processo e assume um papel pró-ativo no percurso de aprendizagem que se presume acontecer ao longo da vida. Assim, estruturado pelo segundo ciclo de estudos do Sistema de Bolonha, é conferido ao estudante a possibilidade de obter o grau de mestre, sendo essa a hipótese para que este relatório aponta. Este documento decorre de um estágio de natureza profissional, com integração de conhecimentos teóricos, práticos e empíricos e com o desenvolvimento de competências de cariz específico associadas à área de formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), conforme o estipulado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011).

A opção por este projeto decorre em parte da experiência profissional, quase exclusiva, ao longo de 5 anos num serviço de medicina com o contacto esporádico com o doente cirúrgico, salientando-se a identificação pessoal com o cuidado ao doente crítico e paliativo. Esta escolha está ancorada numa motivação pessoal que se reveste de um caminho de formação contínua, atualizado e válido no conhecimento em Enfermagem.

Assim, e de acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com EEMC foram efetuados três módulos de estágio, pertinentes ao desenvolvimento das competências específicas. A cada módulo correspondeu um total de 180 horas presenciais e em cada contexto de estágio foi realizada tutoria por um Enfermeiro Especialista em EMC e/ou Mestre, designado pelo serviço, com orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho. Por outro lado, um aspeto relevante desta estrutura organizacional é que os módulos não se manifestam precedentes entre si, pelo que o percurso de estágio iniciou-se pelo módulo III – estágio opcional, na área de Cuidados Paliativos (CP), seguindo-se o módulo I, referente a Serviço de Urgência (SU) e por fim teve lugar o módulo II, relativo a Serviço de Cuidados Intensivos (SCI).

A realização do estágio referente ao módulo III – estágio opcional, decorreu no período compreendido entre 2 de maio e 24 de junho de 2017, numa Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Privado do Norte do País.

A escolha pela área de CP relaciona-se, sobretudo, com a necessidade de aprimorar e desenvolver competências específicas, nomeadamente ao nível do controlo de sintomas, no desenvolvimento de uma comunicação eficaz e terapêutica, como medida de intervenção de Enfermagem no âmbito não-farmacológico e no suporte psicológico e espiritual no cuidado ao doente e à família, que melhorem a atuação enquanto futura Enfermeira especialista, promovendo cuidados de qualidade. Em termos pessoais, destaca-se o gosto especial por esta dimensão de intervenção, por experiências pessoais anteriores e pela possibilidade concreta de desenvolver cuidados especializados, acrescentando o desafio da gestão de emoções intrínsecas e, particularmente, pela promoção de uma maturidade e sensibilidade pessoais e profissionais que se anteviam com potencial para desenvolvimento nesse contexto. A nível profissional, a preferência deriva das experiências próprias e inerentes à prática clínica de cuidados relacionados com um serviço de medicina, sendo que se tem constatado, ao longo do tempo, um progressivo aumento de doentes do foro paliativo internados, emergindo, como consequência, uma necessidade de aquisição de conhecimentos nesta área de intervenção.

O módulo I desenvolveu-se no SU de um Hospital Central, no período compreendido entre 11 de setembro e 4 de novembro de 2017. Esse SU enquadra-se na tipologia de uma urgência polivalente, com valências múltiplas e de uma multiprofissionalidade de cuidados ao doente crítico, sendo que desta forma se apresenta como um excelente local de prática clínica, tendo também em conta as competências preconizadas no âmbito da especialidade. Por outro lado, deve-se afirmar, com transparência, que esta opção justifica-se ainda pela proximidade com o local de trabalho, favorecendo a gestão de recursos próprios. Esse facto, permitiu ainda uma reflexão crítica partilhada, com conhecimento de causa, acerca das experiências relativas à continuidade de cuidados e às práticas daí decorrentes.

A realização do estágio alusivo ao módulo II aconteceu no período de 6 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de um Hospital Central, Geral e Universitário. Nessa medida, supôs-se um leque mais vasto de experiências vivenciadas no processo de aprendizagem, uma vez que se constitui como uma unidade de referência e de cuidados intensivos de âmbito geral, potenciando o desenvolvimento de competências requeridas ao Enfermeiro Especialista em EMC.

No sentido de desenvolver o conceito de “vulnerabilidade” no doente paliativo e no doente crítico pretende-se que a ação construída, explanada neste documento permita um “olhar” pela pessoa, na sua condição frágil de doença e sujeita a inúmeras “agressões” provenientes dos vários contextos de cuidados e percebê-la como sendo o resultado de experiências anteriores que condicionam a sua forma de estar e de sentir. O título do presente trabalho remete para essa necessidade de humanização dos cuidados, perspetivando o doente crítico e paliativo nas suas condições de vulnerabilidade, expostas e desenvolvidas no âmbito das aprendizagens e reflexões realizadas, pelo que o tema da vulnerabilidade será uma área a desenvolver e transversal aos três módulos de estágio. Assim, nestes domínios da prática clínica, com uma forte componente técnica, que faz apelo a procedimentos e intervenções de elevada complexidade, importa não descurar os elementos que integram o todo de cada pessoa que se encontra numa situação de elevada dependência e suscetibilidade.

Deste modo, tem-se a consciência de que enquanto profissional de Enfermagem, as experiências são aproveitadas e refletidas mais solidamente, tendo uma capacidade de intervenção, argumentação e relação interdisciplinar diferentes. Nessa medida, de desenvolvimento pessoal e profissional, foi construído este relatório, que tem como objetivos:

- Analisar criticamente os objetivos alcançados e o processo de aquisição de competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Demonstrar as atividades desenvolvidas na gestão de cuidados;
- Evidenciar a análise de situações-problema e fundamentar os contributos realizados no processo de aprendizagem;
- Propor provas públicas conducentes ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na abordagem usada na construção deste documento utiliza-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva e estruturalmente podem distinguir-se 3 partes: “Introdução”; “No caminho do desenvolvimento de competências ao doente com necessidades paliativas e ao doente crítico” e “Conclusão”, esperando-se que ele seja uma reprodução perceptível das vivências em contexto de estágio.

Na introdução far-se-á uma contextualização do curso, com justificação dos módulos de estágio e dos objetivos do relatório. A segunda parte apresenta-se dividida em domínios referentes às competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme regulamentado pela OE, pormenorizam-se e trabalham-se os objetivos específicos, descrevem-se as

atividades desenvolvidas e as competências adquiridas. A última parte, relativa à conclusão pretende transmitir uma apreciação global do estágio, dos resultados alcançados, dos contributos efetuados e das aprendizagens individuais, com referência às dificuldades encontradas.

2. NO CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO DOENTE COM NECESSIDADES PALIATIVAS E AO DOENTE CRÍTICO

O desenvolvimento do caminho vivido alicerçou-se nos aspetos centrais nos quais está estruturada a especialidade, nomeadamente os que se referem às competências que devem ser detidas pelo Enfermeiro com elevado grau de diferenciação, o EEMC.

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC é delineado pela OE (2010) e estabelece que o Enfermeiro deve ser capaz de cuidar da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; da conceção e atuação perante situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, dinamizando a resposta; de maximizar a intervenção, em tempo útil e adequado face à alta complexidade da situação e à necessidade de respostas, na prevenção e controlo da infeção.

O colégio da EEMC designa ainda em regulamento que o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos cuidadores e famílias nos diversos contextos de prática clínica, maximizando o conforto e qualidade de vida; deve também demonstrar o estabelecimento de relação terapêutica com os doentes, familiares e cuidadores, facilitando os processos de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2011).

Nos subcapítulos seguintes, optou-se por uma estruturação orientada em domínios respeitantes às competências comuns ao Enfermeiro Especialista: domínio da responsabilidade, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O conjunto de competências clínicas especializadas do Enfermeiro decorre, maioritariamente, do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais que se concretizam em competências comuns e em competências específicas (OE, 2010).

Os estágios estarão descritos de forma cronológica e serão apresentados para cada domínio os objetivos específicos concretizados para a aquisição de competências como futura EEMC. Todavia apresenta-se como transversal aos diversos domínios o conceito de vulnerabilidade, bem como a ação estruturada em torno do tema, que será trabalhado como um foco constante,

nos subcapítulos seguintes. O intuito final é o de adquirir a competência inerente ao conceito de vulnerabilidade relativo ao doente com necessidades paliativas e ao doente crítico.

2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A vulnerabilidade é o conceito central e denominador comum que agrega todo o percurso efetuado, independentemente do contexto onde o doente se encontra. A pessoa em situação de doença crónica, paliativa ou crítica, está em condições que apelam fortemente a um compromisso sério na defesa e no respeito pela sua dignidade. Os cuidados, no exercício da responsabilidade profissional, pressupõem-se no respeito pela individualidade, liberdade e dignidade do indivíduo.

O Enfermeiro tem o dever ético e moral, perante o indivíduo em situação crítica e com necessidades paliativas de salvaguardar os seus direitos e o respeito pela sua vontade, no cumprimento da sua liberdade, liberdade essa que está altamente condicionada pelas circunstâncias. O doente crítico encontra-se exposto, vulnerável, ora pela instabilidade do seu estado clínico ora pelo elevado grau de dependência que vive, que o torna incapaz de decidir sobre si e de se auto-cuidar. O doente paliativo está sujeito à dor física, mas também psicológica, espiritual, social, a sua mente está sujeita à agressão maior que é a constatação do seu fim de vida pelo que conforme refere Capelas *et al* (2017-a) a abordagem em CP não deve ser limitada apenas às últimas semanas ou dias de vida, pois a pessoa fica privada de cuidados que podem melhorar a sua qualidade de vida e intervir no sofrimento muitas vezes evitável.

Assim, é, antes de mais, importante compreender o conceito de vulnerabilidade humana. Vulnerável é aquele que pode ser ferido, afetado. É verdade que o ser humano se confronta repetidamente com a experiência de ser vulnerável, situação potenciada pela experiência de doença, a mais evidente expressão da vulnerabilidade humana que leva o indivíduo a estar perante a sua finitude. Porém a experiência desta vulnerabilidade, nunca é igual de indivíduo para indivíduo, é condicionada pela experiência vivida de cada um, com as influências internas e externas que lhe atribuem significado (Vieira, 2002).

A experiência humana ao nível das emoções, cognições, afetos está frequentemente ameaçada pela exposição a elementos nomeadamente externos, isto é, alheios ao ser humano que assim se expõe à vulnerabilidade; o ser humano consciencializado da sua fragilidade desenvolve estratégias para se proteger quer psicologicamente, no plano intelectual, quer fisicamente, nas vivências diárias (Barbosa, 2016).

O conceito de vulnerabilidade, conforme Michel Renaud (2008), salienta o “*vulnus*”, isto é, a ferida, que evoca simbolicamente a sua abertura, com sangue e dor; a vulnerabilidade engloba o sofrer recorrentemente ligado ao agir, pelo que a ação e o sofrimento são estrutura base da reflexão sobre a vulnerabilidade.

O Enfermeiro, no seu exercício profissional, depara-se com estes problemas onde é visível a dor, o sofrimento, a perda de autonomia, a solidão e descobre que a fragilidade humana também o faz refletir acerca da sua condição e das suas limitações na resolução dos desafios profissionais que lhe são colocados. Deve, por isso, numa trajetória assertiva aproximar-se do outro sem o julgamento que lhe turve a ação em cada situação, com cada doente e com cada família, preocupando-se em fundamentar a sua prática em sólidos princípios e valores que conduzem a profissão. O estatuto da OE aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, no artigo 99º, Princípios Gerais, enuncia os valores universais a observar na relação profissional: a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em conta o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Estes valores vão ao encontro dos princípios bioéticos da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça que irão ser refletidos em cada módulo de estágio e que devem ser uma preocupação do Enfermeiro, mais ainda quando a pessoa que se encontra perante si está pouco ou nada capaz para se defender, para exigir aquilo a que tem efetivamente direito. A preocupação, conforme assinala Michel Renaud (2008), na obra “Bioética e Vulnerabilidade”, é própria do homem; uma preocupação que estabelece desde o princípio até ao fim a presença, o encontro com o outro e desta forma a preocupação incide sobre o cuidado. De facto, enquanto futura Enfermeira EEMC existe a necessidade de estar consciente da vulnerabilidade da pessoa, nos diversos contextos de cuidados, emergentes, urgentes e paliativos para que, reconhecendo-a, se possa intervir eficazmente.

O Enfermeiro debate-se com o corpo desconhecido, doente, vulnerável no exercício profissional e neste contexto é fundamental um esforço de compreensão e aceitação, humanidade, porque se trata de um encontro desigual na medida em que o outro é expressão da vulnerabilidade humana pela doença e necessidade de ajuda (Vieira, 2002).

O conceito de vulnerabilidade torna-se imperativo na reflexão, numa sociedade burocratizada e num tempo de evidência, onde parece prevalecer o que é científico e o que é técnico. Deste modo é importante pensar a vulnerabilidade, mas é sobretudo necessário promover cuidados humanos e humanizantes na prestação de cuidados, desenvolvendo uma

ação que se oriente por padrões de excelência no exercício profissional e que conduzam o EEMC para minimizar os fatores que potenciam a vulnerabilidade do indivíduo, fatores esses desenvolvidos ao longo do relatório.

De seguida serão apresentados objetivos específicos para cada módulo de estágio, onde serão relatadas as oportunidades de aprendizagem, devidamente fundamentadas, enquadrados no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

OBJETIVO ESPECÍFICO: *“Assegurar o respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais no respeito pela pessoa em situação paliativa ou crítica”*

MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

O Enfermeiro deve exercer a sua profissão com os conhecimentos científicos e técnicos adequados, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar dos indivíduos, adotando as medidas que permitam melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de Enfermagem (OE, 2015).

Os CP são por excelência cuidados holísticos, humanizados e individualizados pelo que se adequam na resposta às necessidades do doente direcionados para promover a autonomia, a dignidade e o bem-estar, pelo modo autêntico, honesto e sincero como são conduzidos (Capelas, et al., 2017-a). De acordo com Twycross (2003) os CP são “ativos e totais”; a Direção Geral de Saúde (DGS) (2005) refere que são cuidados intensivos de conforto.

A unidade de CP (nível II) onde se desenrolou o estágio enquadra-se no nível especializado de cuidados, destinado a tratar e cuidar do doente paliativo, oncológico e não oncológico. A maior parte dos profissionais tem formação graduada na área e dá-se conta da existência de uma equipa multidisciplinar, com corpo clínico fundamental (Medicina e Enfermagem), para dar resposta aos requisitos exigidos no âmbito dos CP (Capelas, et al., 2017-b).

O Plano Estratégico, da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, para o Desenvolvimento desses cuidados (2017) faz um enquadramento, seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, assinalando que os CP são aqueles que:

- Promovem o alívio da dor e de outros sintomas;
- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural que não deve ser antecipado ou atrasado;
- Integram os aspetos espirituais e psicológicos inerentes ao doente no cuidar;

- Auxiliam o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- Auxiliam a família a lidar com a doença e acompanham-na no processo de luto;
- Envolvem interdisciplinaridade para atender às necessidades do doente/família, incluindo o seguimento no luto;
- Promovem a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o curso da doença;
- Podem interferir precocemente no curso da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida e quando necessário recorrem a exames para melhor compreender e tratar os problemas do doente.

Enquanto futura Enfermeira Especialista investiu-se no conforto do doente, proporcionando-lhe o alívio da dor, preocupando-se e intervindo-se junto dele, minimizando o seu sofrimento, num processo de palição, de estratégias de promoção da qualidade de vida, apoiando na tomada de decisão e respeito pelas escolhas e preferências do doente, investindo na comunicação, conduzindo no final para uma morte serena. Estas intervenções tornam possível a dignificação do indivíduo neste momento de vida, no respeito pelo ser frágil, doente, debilitado, com o envolvimento da família nos cuidados.

Por sua vez, a família que assiste à degradação do estado de saúde do familiar, sente-se recorrentemente incapaz perante o sofrimento, como foi confidenciado em mais do que uma situação, assumindo atitudes de fuga ou simplesmente não sendo capaz de intervir e necessitando também ela de ser cuidada. Porém, também se verificou o envolvimento da família, a sua presença e atitudes de cuidado constante perante o familiar em fim de vida, sendo que algumas vezes se recorreu à sedação paliativa intermitente para alívio sintomático, numa tomada de decisão pensada e estruturada pelos diversos intervenientes no processo: doente, família e equipa.

Reflete-se que a vulnerabilidade é uma constante no serviço de CP e o investimento pelo Enfermeiro Especialista, junto do doente paliativo, ultrapassa a perspetiva biomédica dos cuidados. Os cuidados humanizados neste contexto carecem de uma atitude atenta e próxima.

Os cuidados de conforto proporcionados pelo Enfermeiro, com a gestão da sintomatologia direciona-se para o princípio ético da beneficência, que estipula o “fazer o bem” e é incontornável perante esta realidade de fim de vida. Conforme Capelas *et al* (2017-a) há necessidade de resposta efetivas aos doentes na área de CP e todos os tratamentos e/ou cuidados devem ser benéficos, isto é, não provocar dano correspondendo ao princípio de beneficência.

Ao longo do estágio foi possível esta reflexão e pela avaliação contínua das necessidades do doente desenvolver ações que maximizassem o seu conforto e qualidade de vida; participando na tomada de decisão onde o foco central dos cuidados eram as necessidades paliativas da pessoa, tais como a dor, a sua autoimagem, o sono, entre outros, e não a doença, o que se revelou um verdadeiro desafio. Os cuidados de conforto prestados relacionaram-se com a gestão dos autocuidados como o “posicionar-se”, o “vestir-se”, “alimentar-se” tendo que articular com a família, que também é recetora de cuidados, aspetos como preferências face ao vestuário do doente (o que era e não era adequado face ao estado clínico) e articulando com a mesma os momentos de posicionamento e alimentação.

Ao nível da alimentação foi importante a partilha com as famílias que sentem e insistem na alimentação do familiar; explicar que quando a pessoa não tolera alimentos e bebidas pela situação patológica e se quer alimentar podemos tentar satisfazê-la com recurso por exemplo a gelados, ao “bochechar”, a gelatinas, utilizando sempre pequenas quantidades de alimento e tendo em conta o problema diagnosticado evitando a deglutição, quando essa não é possível.

A alimentação em CP adquire relevo, relacionado com a satisfação das funções orgânicas/psicológicas e tem significado emocional e simbologia cultural, social, espiritual, religiosa. Para a família dá-se um aumento de importância relativa à alimentação no decorrer da progressão da doença, sendo por vezes a única forma de transmitir conforto, afeto, cuidado; quando esta necessidade não é satisfeita por um conjunto de fatores como a incapacidade de deglutir e digerir os alimentos ou a perda do paladar pode significar para a mesma a aproximação da morte de modo involuntário e/ou voluntário. (Eberhardie, 2002; Hopkins, 2004; Da Silva, Santos & Oliveira, 2009; Holmes, 2010; Reis & Pinto, 2012). O objetivo principal da gestão alimentar no doente paliativo é adequar a alimentação no contexto das terapêuticas paliativas, face às necessidades do doente e suas expectativas, garantindo a melhoria da qualidade de vida (Pinho-Reis, 2012).

A ponderação risco/benefício nem sempre é fácil mas ajusta-se pelas medidas de conforto e de qualidade de vida, com respeito pela pessoa e suas vontades. Ao longo do estágio verificou-se que quando o doente toma uma decisão, relativa aos cuidados, e as suas necessidades não são satisfeitas ocorre uma interferência na satisfação de outras de âmbito psicológico e espiritual que se manifesta pelo isolamento, menor interação e desânimo, pelo que é devesas importante a atenção dedicada pelo Enfermeiro a aspetos simples relacionados com as atividades de vida diárias, algo que foi tido em conta no decorrer do estágio.

As carências psicológicas detetadas nesta fase de vida relacionaram-se com a vontade de não estar só aquando do momento da morte, de se reconciliar com um familiar de quem está afastado, os cuidados com o corpo (preocupação com o odor corporal, higiene oral...) pelo que a intervenção realizada se cumpriu no sentido de satisfazer estas vontades que otimizaram o bem-estar da pessoa.

Nomeadamente junto do doente terminal, aquele que é detentor de uma doença avançada e incurável, foram prestados cuidados na fase de agonia, cuidados esses que resultaram da tomada de decisão sobre as intervenções de Enfermagem a implementar para uma morte digna, tendo sempre como linha orientadora a proteção da dignidade, o respeito pela opinião, crenças e valores culturais.

A família por diversas vezes colocou questões como: *a nossa mãe está a sofrer? Esta respiração ruidosa é normal? Será que não está com falta de ar?* A prática colaborativa da equipa no esclarecimento da família foi importante, com vista a mitigar e acompanhar o sofrimento desencadeado por estes momentos de fim de vida (Capelas, et al., 2017-a). A família, sempre que apresentou dúvidas, foi clarificada relativamente à gestão terapêutica efetuada no momento, cujo objetivo era manter o doente confortável e sem dor, e foi incentivada a expressão de emoções, o toque, a presença calma e afetuosa dos membros familiares pois ainda que a pessoa na fase agónica não comunicasse verbalmente mantinha as suas necessidades emocionais e espirituais, algo que foi partilhado frequentemente com a família.

O Enfermeiro Especialista em EMC tem esta competência acrescida no que se refere à análise e valorização do peso de inúmeras condicionantes, como as variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e sofrimento, objetivando os seus cuidados na preservação da dignidade da pessoa, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, respeitando a perspectiva do outro (OE, 2011).

Neste estágio foi também notável o poder da comunicação que assume faculdades terapêuticas. Neste sentido fica a perceção que respeitar o doente envolve também compreender a sua comunicação verbal e não-verbal, ou a sua vontade em não comunicar; respeitar o silêncio, não invadindo aquele espaço de individualidade que, por qualquer razão, naquele momento não quer ser partilhado.

Para dar resposta a este desafio, cujas respostas centradas na experiência se mostravam inadequadas foi necessário recorrer a técnicas, que foram pesquisadas na literatura e que irão ser descritas no subcapítulo das aprendizagens profissionais, num investimento pessoal, que suscitou partilhas importantes com a equipa de Enfermagem na busca de soluções, na tomada

de decisão, na relação que cada Enfermeiro desenvolveu com cada doente e família, concluindo que perante a ação do profissional as respostas são múltiplas.

Em contexto de estágio recorda-se sobretudo a postura formal do marido de uma doente em fase terminal face à dificuldade de adaptação da esposa perante a realidade iminente – ela recusou-se a aceitar que se encontrava a morrer, que estava numa fase paliativa e não numa fase curativa. Nesta situação foi importante respeitar o tempo que o marido necessitava para compreender o que se estava a passar, esperar que ele fizesse perguntas, que começasse a interagir com a equipa sem ver a sua intimidade afetada e o seu íntimo invadido. A relação que se estabeleceu com o próprio foi muito significativa e rica a nível pessoal, uma vez que foi possível o desenvolvimento de uma empatia que favoreceu a entreajuda e a abertura para o relato de situações pessoais: ele sabia que a esposa estava em fase terminal, contudo em parceria foi possível perceber que não se deveria insistir na realidade perante ela, facto que lhe trazia muita dor e angústia. A situação será desenvolvida no subcapítulo das aprendizagens profissionais.

A deliberação ética fundamentou-se em que o princípio da beneficência supera o da não-maleficência e a verdade neste caso foi manuseada em prol do bem da doente, a sua liberdade foi respeitada. Enquanto futura Enfermeira com EEMC, tendo em conta que o objetivo maior é o de proporcionar conforto à pessoa, a ação de Enfermagem construída baseou-se na redefinição de objetivos terapêuticos que orientassem as intervenções de forma a não interferir com a autonomia e crenças pessoais.

MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

No SU foi possível detetar na pessoa que recorre a estes serviços um conjunto de fatores que a tornam vulnerável, isto é, que a tornam ainda mais frágil (além do episódio de situação de doença aguda) e exposta a situações que ferem o seu íntimo, por vezes de forma contínua e irreversível, na experiência emocional humana e pessoal.

O Enfermeiro, com competência acrescida na área de especialidade em EMC, atua no sentido da dinamização da resposta, efetivando a gestão de cuidados neste âmbito de atuação, pela assistência que proporciona ao doente e à família (OE, 2010).

O espaço físico é um dos fatores que confere acrescida vulnerabilidade à pessoa que recorre ao SU. A disposição das áreas, nomeadamente no local de atendimento destinado a doentes urgentes, destinadas aos profissionais/doentes não proporciona a melhor visibilidade e

acesso pelo Enfermeiro ao doente e vice-versa, facto que potencia sentimentos de insegurança e falta de protecção.

A impossibilidade, tantas vezes verificada, de acompanhamento da pessoa doente por familiares, segundo o artigo 3º, do Decreto-lei nº 33/09, de 14 de julho, uma vez que este acompanhamento se encontra restrito a situações em que o indivíduo, por razões de natureza intelectual e de dependência física, beneficia de pessoa/cuidador a acompanhá-lo é outro dos fatores que potencia a vulnerabilidade. Nesta percepção da impossibilidade da presença de um familiar significativo junto do doente, pelas condicionantes físicas já expressas, a pessoa também se encontra vulnerável pela prioridade clínica que lhe é atribuída, onde a mesma julga não refletir a dor e o sintoma relatados, conforme confidenciado por vários doentes. O indivíduo experimenta ainda a invasão da sua privacidade.

Consciente disto, no percurso de desenvolvimento de competências como futura Enfermeira especialista capacitei-me na gestão dos cuidados no respeito pela pessoa em situação de doença aguda, frágil, desconhecadora dos motivos de doença, amenizando as sensações e experiências negativas pela conduta profissional que foi adotada, na intervenção junto da pessoa doente/família, de forma calma, consciente e responsável.

A vulnerabilidade é, de facto, uma área de aprendizagem que conduz à necessidade de basear a prática assistencial em sólidos e válidos padrões de conhecimento, em contexto de trabalho, na área da especialidade e suportando a mesma na investigação e no conhecimento de competências, desenvolvidas no decurso da prática de Enfermagem (OE , 2010).

A reflexão acerca do respeito pela privacidade e intimidade da pessoa a ser cuidada foi premente, durante o decorrer do estágio, uma vez que a expressão do respeito também se verifica pelo direito à privacidade do doente, tema sensível e causador, por vezes, de ações contraditórias na área da saúde (Vieira, 2002).

A exposição do corpo frágil, doente, incapaz de se defender é um dos temas refletido em contexto de urgência. A ação neste ambiente sugere uma dinâmica própria, muito relacionada com a instabilidade clínica do doente e condicionada pelos apelos constantes provenientes das situações de emergência que vão ocorrendo.

A estrutura física e funcional é de facto um elemento a levar em conta no respeito pela privacidade e intimidade do doente. O espaço físico do SU, com macas e cadeiras muito próximas, potenciado pelo afluxo de doentes em determinadas alturas do ano, não se coaduna muitas vezes com o direito do doente à privacidade e intimidade. As áreas “*open space*”, que apesar de permitirem a visualização direta dos doentes instáveis, não contribuem para a sua privacidade. No SU em algumas áreas não existe uma cortina que permita salvaguardar o

doente aquando da realização de procedimentos mais invasivos, que são frequentes, tendo em conta o estado clínico do doente.

Assim, durante o estágio os cuidados prestados adequaram-se ao espaço, tendo em conta o referido anteriormente, como por exemplo, ajustou-se o volume de voz, fez-se uso de biombos, quando o doente tinha a sua autonomia afetada, e quando a autonomia do mesmo o permitiu prestaram-se os cuidados em locais onde o risco de exposição estivesse menos presente, usando salas e espaços favorecendo a privacidade.

O Enfermeiro EEMC tem um papel importante na adequação de estratégias que colmatem estes problemas. Em primeiro lugar percebe-se que a ação de sensibilização do Enfermeiro reside em propor readaptações do espaço, contudo e tendo em conta as adversidades presentes na sugestão de obras físicas há o dever profissional de adaptar os seus cuidados neste ambiente. O Enfermeiro EEMC deve sensibilizar os pares para a reflexão do tema e atuar como modelo aos restantes profissionais, potenciando respostas responsáveis e com o cuidado exigido, algo que foi promovido no decorrer do estágio.

Em análise concreta da situação dá-se o exemplo da área de triagem do SU que é composta por duas salas comunicantes entre si e onde o espaço maior é separado por uma parede, mas que permite aos Enfermeiros terem visibilidade do colega e comunicarem com ele. Assim, o doente que está a ser triado percebe que a informação pode ser ouvida por quem passa pelo corredor situado atrás da triagem e pode sentir ameaçada a sua privacidade. A experiência vivenciada permitiu perceber que o Enfermeiro é ágil e assertivo na proteção da privacidade do doente e um exemplo disso, foi a forma como a comunicação foi gerida face ao volume e à qualidade e quantidade de informação transmitida em situações de menor privacidade.

O cuidado especializado ao doente crítico pressupõe igualmente o exercício profissional no respeito pela autonomia e liberdade do indivíduo, na autodeterminação da tomada de decisão. O Enfermeiro tem o dever legal e ético de informar esclarecidamente o doente acerca das propostas terapêuticas, por forma a obter o seu consentimento para as ações que se mostrem adequadas para a prossecução do fim em vista, associadas ao tratamento e à promoção da sua saúde, conforme o estipulado para a atividade do Enfermeiro especialista (OE, 2010).

De acordo com a *legis artis* é necessário o consentimento para intervenções e tratamentos médicos e cirúrgicos e este consentimento caracteriza um dos princípios básicos da relação entre profissional e doente. Neste âmbito torna-se necessária a validação constante da informação no sentido de esclarecer se o que foi transmitido foi compreendido, colmatando dúvidas e reformulando o conteúdo da informação. A informação relativa à saúde deve

permitir uma orientação para que a pessoa tome as suas próprias decisões, respondendo às exigências profissionais, nomeadamente à beneficência pretendida para todos os atos profissionais na saúde (Vieira, 2002).

A intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista caracterizou-se por informar o doente dos atos de Enfermagem que foram realizados, obtendo o seu consentimento, explicando sinais e sintomas que poderiam ocorrer, utilizando uma linguagem de fácil entendimento, repetindo e validando a informação sempre que necessário.

O respeito pela pessoa doente pressupõe o respeito pela sua capacidade de fazer escolhas segundo os seus valores e princípios e respeitar a escolha realizada. A liberdade e dignidade da pessoa é assim sustentada nas atitudes e ações dos profissionais de saúde refletindo o respeito pelas escolhas do doente (Vieira, 2002). E quando o doente não está capaz de ser informado? E quando a situação exige uma ação pronta do profissional perante o risco de vida?

No contexto de situações de urgência o doente por via do seu estado patológico agudo ou agudizado, com alteração da consciência ou simplesmente confuso, está parcial ou totalmente incapaz para melhor decidir no seu interesse. Ora, para além disso, impõem-se muitas vezes respostas imediatas, por via do próprio risco de vida, que não se compadecem com esperas ou adiamentos. O consentimento presumido enquadra-se nos contextos de emergência, onde o Enfermeiro se depara com a incapacidade do doente, que não é capaz de decidir sobre a sua saúde e sobre os procedimentos a tomar face à situação de risco de vida; quando o doente não é capaz de se manifestar ou definir as suas próprias escolhas, deve ser o profissional a agir no melhor interesse do doente, presumindo o seu consentimento (Vieira, 2002).

De facto, em contexto de estágio foram recorrentes as situações onde se atuou como primeiro elo neste processo de consentimento presumido. O Enfermeiro é o profissional que, pela proximidade com o doente, mais inicia manobras de Suporte Básico de Vida, legitimando a ação de agir no melhor interesse do doente, presumindo o seu consentimento e tendo em conta o princípio da beneficência. As intervenções desenvolvidas fundamentaram-se neste princípio; isto é, quando não foi possível a reunião de condições mínimas para o doente expressar a sua vontade e obter dele o consentimento, verificando-se ausência de informação objetiva e segura de que o doente se oporia a determinada intervenção, prevaleceu o consentimento presumido, onde a situação permitiu supor que o titular do interesse teria consentido, se tivesse conhecimento das circunstâncias em que este é praticado (Artigo 39º do Decreto-Lei nº48/95 de 15 de março, do Código Penal).

MÓDULO II – SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste local de cuidados urge igualmente a reflexão sobre a privacidade e intimidade do doente. A observação inicial em estágio permitiu verificar que os doentes recorrentemente se encontravam descobertos, apesar dos profissionais terem à sua disposição material para cobrir o doente. Com o Enfermeiro Tutor percebeu-se que tal situação estava relacionada com a necessidade de exposição corporal em situações clínicas instáveis que pressupunham uma vigilância ou atuação no doente (vigilância da perfusão dos tecidos, avaliação direta da respiração, arrefecimento corporal...).

A ação de Enfermagem tendo em conta os aspetos referidos foi desenvolvida no respeito pela intimidade do doente, aquando da realização de cuidados de higiene e conforto e outros tratamentos invasivos com a preocupação de expor o corpo do doente o mínimo possível; foi estabelecido um diálogo com o doente/família com preocupação de salvaguardar o direito à informação de cada doente e no sentido de resguardar essa informação do conhecimento dos outros doentes/famílias, nomeadamente aquando da visita diária e no momento da passagem de turno.

Há uma reflexão importante a realizar nesta área de cuidados partindo da premissa de que evitar a morte nem sempre antecede uma vida salva, conforme refere Carneiro (2008) para o livro *Bioética e Vulnerabilidade*.

A dificuldade encontra-se no risco de prolongar a vida com um sofrimento que podia ser evitado, conforme assinala Carneiro (2008). O autor relembra a necessidade de estar consciente das consequências de natureza ética, moral, científica desta realidade, da obstinação terapêutica, ameaçadora dos direitos do indivíduo. Perante isto, numa avaliação não compensadora da insistência de cuidados invasivos e dolorosos, sem repercussão clínica positiva, que se sobrepõem à vida ou ao fim de vida com qualidade e conforto, é deveras importante introduzir-se a filosofia de cuidados de caráter paliativo na abordagem ao doente crítico. A tomada de decisão envolve uma série de princípios e valores, por vezes contraditórios, mas merecedores de atenção numa abordagem multidisciplinar dos cuidados, com enquadramento social, individualizado e legal.

Assim, enquanto futura EEMC capacitei-me dos princípios éticos e legais que comportam o exercício profissional, no âmbito destas decisões e reflexões benéficas para o crescimento pessoal e profissional. O EEMC é detentor, sem dúvida, desta competência acrescida - desempenhar o papel de consultor, atuando como modelo, quando os cuidados requerem um

nível de competência e correspondente à sua área de especialidade, promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010).

Em síntese desenvolveu-se a **competência**: *“Abordar questões de âmbito complexo e tomar decisões éticas e de cariz deontológico fundamentadas no campo de intervenção da EMC, atendendo à evidência científica, sem descuidar a responsabilidade profissional e ética”*.

2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade é um conceito em constante construção e mutação, face às novas exigências no âmbito da prática de Enfermagem. Neste domínio há uma evolução significativa dos métodos de trabalho, das motivações, com desenvolvimento do conhecimento específico da disciplina de Enfermagem, onde a procura da qualidade se constitui como prioridade na prática diária do Enfermeiro e das organizações. De seguida dar-se-á corpo a um objetivo específico, enquadrado neste âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

OBJETIVO ESPECÍFICO: *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas”*

MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

No âmbito de CP a oportunidade de participar frequentemente nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar conduziu à pertinência da abordagem aprofundada ao processo do luto, nomeadamente a respeito do apoio/acompanhamento que se dá à família após a morte. Por se tratar, naquele momento, de uma lacuna da equipa, pois não existia um enquadramento formal que respondesse a essa necessidade identificada foi realizado o trabalho “Protocolo de Acompanhamento no Luto” em parceria com a Enfermeira tutora e com a Professora orientadora, compreendendo momentos de partilha com posterior apresentação à equipa multidisciplinar para dar o seu parecer. Para este propósito, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados, nomeadamente na *Medline e Cinahl* e em manuais referência sobre a temática. Os elementos da equipa Médica e de Enfermagem foram auscultados, tendo-se obtido contributos válidos e pertinentes para o

desiderato pretendido. Este processo permitiu ainda a colaboração e integração de outros profissionais, nomeadamente do apoio da Psicóloga da equipa, donde emergiu uma proposta para um protocolo de acompanhamento no luto, num Serviço de Cuidados Paliativos (Apêndice 1).

A proposta deste protocolo integra-se neste domínio de melhoria de qualidade uma vez que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, na criação e conceção de projetos, conforme preconizado no Regulamento de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010).

Decorrente disto foi então possível o planeamento de um programa de melhoria, recorrendo ao envio de uma “carta de luto”. Uma vez que se trata de uma proposta, um primeiro passo para se poder evoluir no sentido de uma maior e progressiva profissionalização e humanização dos cuidados, a implementação de indicadores de processo e de resultado referentes ao protocolo não foi possível, pois necessitava de uma análise pela equipa multidisciplinar, com apresentação e autorização a nível da Direção Clínica, pelos trâmites burocráticos e de ordem organizativa que contemplam. As 180 horas de estágio não permitiram essa validação mas ficou entregue à tutora para a sua continuidade.

O luto e os processos de luto estiveram deste modo em foco, com relação ao conceito de vulnerabilidade. A família, englobada nos cuidados ao doente em fim de vida tem também necessidades específicas, pelo que o Enfermeiro Especialista as deve reconhecer e atuar sobre elas, identificando fatores de risco e situações de exaustão, conforme delineado em Regulamento do Colégio de EMC (OE, 2011).

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017) prevê a existência de um processo dinâmico de apoio às necessidades do doente e da família, por diversos recursos que se articulam de forma direta e eficaz, num modelo de “rede funcional”. De facto as necessidades da família/cuidadores não são esquecidas neste plano estratégico e aponta-se como uma das áreas prementes de investigação.

O apoio nos processos de perda e no luto englobam a ação do Enfermeiro nesta área de cuidados, que se vê recorrentemente perante estes processos. A família que foi ativamente incorporada nos cuidados prestados ao doente em fim de vida e, por sua vez, ela própria, alvo de cuidados vê-se perante uma perda maior, a morte e nesta fase de vulnerabilidade da família há necessidade de estratégias que a possam diminuir.

O luto está descrito por Barbosa (2016) como uma resposta própria a uma perda que é significativa, reúne um conjunto de respostas adaptativas que envolvem toda a dimensão do ser humano, pelo que nesta definição importa englobar dois componentes principais: a perda e a resposta que essa origina. A resposta é precisamente o processo de transição que está condicionado por inúmeros fatores, internos e externos, bem como vivências prévias.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio permitiu perceber que existem relatos de sensação de abandono após a morte do familiar; a equipa “desliga-se” da família, como que levando a entender que os cuidados terminaram naquele momento. A sensação de abandono, com “dupla” perda, a perda do familiar significativo e a perda da equipa de cuidados é descrita (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Morris & Block, 2015), sendo que o efetivo apoio prestado no luto proporciona o conforto aos familiares enlutados.

No decorrer do estágio foi ainda possível identificar/diagnosticar a existência de um luto preparatório e de um luto antecipado; o primeiro relaciona-se com as perdas irreversíveis que acontecem no período de fim de vida. Por exemplo, a nível físico ocorre a perda das funções corporais como a locomoção; ao nível emocional a perda da autoimagem; ao nível espiritual o sentimento de perda de poder; ao nível cognitivo a diminuição da concentração, atenção, memória. Estas perdas são descritas como desencadeadoras de sofrimento e estão englobadas no luto preparatório onde são simultaneamente apelados pensamentos sobre o percurso de vida, como a evolução da doença e a aproximação da morte (Barbosa, 2016).

O luto antecipatório está relacionado, como o próprio nome indica, com a antecipação de uma experiência antes de ela ocorrer; é o mecanismo de confronto com ameaças e desafios futuros, onde a família vai assumindo o luto e elaborando as adaptações necessárias ao mesmo, ainda antes da morte do seu familiar (Barbosa, 2016).

Em todos estes contextos os objetivos de intervenção do Enfermeiro direcionam-se para a simplificação da adaptação a nível individual e familiar, pelos cuidados de preparação para a perda e prevenção do luto complicado, auxiliando na promoção de estratégias e adequação de recursos de auto e hetero ajuda, conforme refere Barbosa (2016).

O Enfermeiro Especialista respeitando a singularidade individual e a autodeterminação, quando dá resposta a processos de morrer e de luto, deve apoiar a família e os cuidadores nas tarefas de desenvolvimento em fim de vida e nas tarefas de resolução do luto (OE, 2011), pelo que os trabalhos realizados, nomeadamente a proposta de acompanhamento no luto, através da elaboração da “carta de luto”, enriqueceu o conhecimento pessoal e permitiu o desenvolvimento de competências face ao apoio prestado no luto. Ao nível dos cuidados de Enfermagem a ação desenvolvida ocorreu no sentido de apoiar a família a lidar com o

processo de morrer e morte, estabelecendo objetivos de cuidados realistas, prevenindo e gerindo situações de crise, através de uma escuta ativa, de uma comunicação aberta, clara e providenciando o suporte psicológico, espiritual e social através do encaminhamento para diferentes elementos da equipa profissional.

A proposta de acompanhamento no luto foi apresentada, de modo formal, à equipa multidisciplinar, procedendo-se à conceção, implementação e dinamização de uma ação de formação e sensibilização sobre a “carta de luto” à equipa de Enfermagem, partilhada através da reflexão *Quando termina a responsabilidade no cuidar? – Apresentação de Diapositivos* (Apêndice 2). Este momento revelou-se como oportunidade única de crescimento pessoal, pelas vivências partilhadas e pelas ideias construídas.

A reflexão deu-se no sentido da vivência pessoal para a vivência profissional, expondo depois a evidência científica. A cada elemento da equipa de Enfermagem foi entregue uma carta fechada, selada e foi colocada a questão: *E se eu me colocasse no papel do familiar enlutado? Gostaria de receber uma “carta de luto”? O que gostaria de ver lá escrito?* As partilhas confluíram para o que nos mostra a evidência científica. Cada Enfermeiro expôs que no momento de fragilidade, como aquele que se vive no luto, valoriza-se o reconhecimento e o conforto prestados pela equipa que acompanhou o fim de vida do familiar, referindo que este investimento de contacto se coaduna com cuidados humanizados. Simboliza que a equipa não se esqueceu da importância e do envolvimento da família nos vários processos de perda até à morte e ainda mostra que todos os contactos prévios com a família, a ajuda oferecida e a presença eram verdadeiras, porque tiveram continuidade após a morte, reforçando os cuidados e o apoio à família e reiterando a possibilidade de voltar a contactar com a equipa.

Os Enfermeiros referiram que a “carta de luto” é um ato de compaixão, de solidariedade, sendo que a totalidade dos colegas presentes visiona o seu envio/receção positivamente, refletindo que é uma medida de apoio específica, no sentido em que permite a persistência de memórias positivas ao longo do tempo, que lhe podemos aceder fisicamente uma e outra vez. Relativamente à composição da carta, os Enfermeiros manifestaram a importância de expressões de condolência e de simpatia, como o reconhecimento da perda e do processo árduo que vivenciaram, evitando expressões de aconselhamento, que possam condicionar os sentimentos e decisões tomadas ou que possam sugerir julgamento. Alguns Enfermeiros gostariam que o nome da pessoa falecida estivesse na carta, enquanto outros acharam que a referência ao nome “podia conduzir a uma maior dor”; referiu-se que a descrição de qualidades/traços de personalidade do familiar, bem como alguma memória positiva no

processo de doença seriam bem recebidos, tais como: “a família ficou unida, apoiou-se mutuamente”, “a família foi forte neste processo de perda”, “souberam cuidar do familiar, mesmo nos momentos mais difíceis”, “estiveram sempre presentes”.

A possibilidade da carta oferecer um apoio concreto, com encaminhamento para o apoio especializado no luto também foi compartilhada. Ainda existiu oportunidade para que se refletisse que a carta escrita à mão, com uma mensagem personalizada era a melhor situação, contudo a maior parte dos Enfermeiros concluiu que o importante era não se quebrar o contato e possibilitar a continuidade de cuidados e o apoio à família no processo de luto, pelo que também se viu como positiva a entrega de uma carta *standard*. Em momento de avaliação, juntos dos professores e colegas de curso foi realizada uma exposição, com recurso ao *PowerPoint*, sobre as vivências significativas em estágio e com o trabalho desenvolvido (Apêndice 3).

O tema da “carta de luto” suscitou a elaboração de um artigo de revisão de literatura - *O contacto com a família em processo de perda: importância da carta de luto em Cuidados Paliativos* (Apêndice 4), em processo de revisão para submissão a revista, e motivou a realização de um *abstract* (Apêndice 5) que foi submetido e aceite no Seminário INPALIN: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos, com a apresentação de um *poster* – *Carta de Luto: Cuidados Humanizados e Próximos em Cuidados Paliativos*. Esta oportunidade revelou-se importante pois permitiu a mobilização dos conhecimentos desenvolvidos acerca da “carta de luto” no âmbito dos Cuidados Paliativos, revendo como pertinente e enriquecedora a construção do poster, sendo igualmente um desafio a seleção do conteúdo acerca da temática fulcral e com interesse ao público alvo. A exposição do *poster* possibilitou ainda a partilha e alertou os pares e outros profissionais de saúde para o acompanhamento no luto preconizado nesta área de cuidados; concluindo-se a necessidade de um maior investimento ao nível da investigação.

A “carta de luto” encerra em si o papel de reatar a ligação terapêutica com a família, proporcionando um suporte mais eficaz na vivência do luto. A família e o cuidador formal/informal são acompanhados e são reforçados vínculos e laços, que ajudam na readaptação familiar e social (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Morris & Block, 2015; Kentish-Barnes, Chevret, & Azoulay, 2016). Esta mesma carta efetiva um dos vários *itens* dos programas de acompanhamento no luto (contacto telefónico, consulta de follow-up, integração em grupos de trabalho de luto...) (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Merel & al, 2015; Morris & Block, 2015; Kentish-Barnes, Chevret, & Azoulay, 2016), pelo que se tentou perceber a pertinência e a mais-valia do envio da mesma.

Pela análise efetuada constatou-se a quantidade reduzida de estudos relativos ao tema e com pouca exploração do mesmo, porém, pessoalmente e pelas auscultações feitas junto da equipa, avalia-se esta medida como positiva neste processo de adaptação. O envio da “carta de luto” é benéfico no sentido em que presta uma “homenagem” à família e ao familiar falecido, sendo uma medida concreta e que revela a preocupação da equipa com a família ou com o cuidador. Ao contrário do telefonema é uma medida real, que pode ser guardada fisicamente e relida uma e outra vez, reforçando o vínculo com a equipa e ajudando na readaptação familiar e social.

A “carta de luto” tem um impacto positivo e destaca-se como uma das formas mais ativas de acompanhar o processo de luto vivenciado pelas famílias, sendo que se identifica com uma cultura hospitalar onde os cuidados são humanizados e próximos (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Morris & Block, 2015; Kentish-Barnes, Chevret, & Azoulay, 2016).

Assim, o acompanhamento no luto está preconizado numa prática avançada em cuidados paliativos, sendo que a Organização Mundial de Saúde refere não existir um término nos cuidados paliativos com a morte do doente, mas que estes se prolongam no suporte aos membros da família a lidar com a perda.

Enquanto futura Enfermeira Especialista acredita-se um contributo válido para a atuação futura da equipa, com a consciencialização que facilite o apoio em fase final de vida, que proporcione cuidados próximos e atentos, no sentido da humanização da ação de Enfermagem.

No domínio da melhoria contínua da qualidade desempenhou-se um papel dinamizador, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade, com a criação de um ambiente terapêutico e seguro (OE , 2010).

MÓDULO I – SU

No SU foi constatado, em momentos de reflexão com a Enfermeira tutora, a inexistência de um manual de integração e acolhimento aos Enfermeiros pelo que, privilegiando os cuidados com referências a boas práticas, se iniciou a construção do mesmo com o acesso a informação institucional, nomeadamente ao Regulamento Interno e a normas e procedimentos próprios em vigor no serviço.

O SU é um espaço complexo, no sentido em que abrange vários setores, com atividades específicas e necessidades ao nível, também, das competências dos intervenientes

profissionais, mais especificamente dos Enfermeiros, pelo que a existência de um manual de integração e acolhimento (Apêndice 6) se apresenta como uma ferramenta útil na integração de novos Enfermeiros, proporcionando uma perceção mais rápida da dinâmica e funcionamento do serviço, de forma a obter uma identificação com a cultura/política organizacional, permitindo uma mais rápida integração à nova realidade, o que irá contribuir para um melhor desempenho.

O manual de acolhimento foi realizado em parceria com outra colega de curso, que num outro momento de estágio lhe deu continuidade, pois 180 horas não permitiram a auscultação do parecer dos colegas e sua implementação. O trabalho posteriormente desenvolvido possibilitou enriquecer o manual, colmatando alguns pontos e aspetos não tão desenvolvidos da versão primeiramente construída, o que permitiu findar este desafio de forma bastante positiva.

Tendo em conta as *performances* de serviços com acreditação, aconselha-se a formação de uma equipa responsável pela integração de novos elementos, algo que foi partilhado verbalmente com a tutora de estágio e adicionado ao manual de acolhimento no capítulo referente a “Sugestões”. Assim propôs-se a criação de uma prática de integração tutelada, baseada num modelo de Supervisão em Enfermagem que deve ser desenvolvido conforme as especificidades do serviço, com a otimização e definição de uma equipa responsável pela integração de novos elementos, com escalada de competências profissionais na abordagem ao doente crítico, validadas em contexto profissional.

De acordo com Machado *et al* (2014) o período de integração do indivíduo à vida profissional ou a novos contextos profissionais é complexo e deve ser preparado e convenientemente acompanhado de forma a garantir que a informação não é desperdiçada e que os objetivos do processo de integração não são perdidos. Mais ainda se destaca a integração do Enfermeiro numa área de atuação tão complexa como é um SU.

Assim, foi sugerido para o SU um plano de integração desenvolvido com vista a dotar os Enfermeiros de competências de forma progressiva e contínua. Almeja-se um processo de supervisão clínica que reúna um combinado de estratégias centradas no profissional e no grupo, incluindo *Perceptorship*, *Mentorship*, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade. O *Perceptorship* atua como o profissional que ensina, presta apoio emocional, o “modelo” para o novo profissional, tendo por objetivo facilitar a integração e socialização. O *Mentorship*, no contexto da prática formativa clínica é aquele profissional mais experiente, que se responsabiliza pelo processo de aprendizagem do formando. O plano de integração aponta para que a supervisão

em Enfermagem seja exercida para o sucesso do processo; nessa medida um modelo de supervisão clínica torna-se fundamental para o desenvolvimento profissional e disciplinar, com respetiva certificação de competências e sua avaliação contínua, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados em Enfermagem (Fernandes, 2013).

O manual de integração deve ser disponibilizado e deve estar em local de fácil acesso para colmatar necessidades a respeito da integração. Posteriormente, poderá ser elaborado, em suporte digital, uma apresentação curta que siga a linha estrutural do manual de integração, no sentido de descodificar determinadas temáticas e proporcionar uma apresentação semelhante a todos os novos elementos ao serviço.

De todo este processo pretende-se uma integração e uma autonomia funcionais do profissional que podem ser monitorizadas através de entrevista futura, para que se possa perceber o êxito na integração de novos elementos (Machado, et al., 2014), após a sua implementação.

Como contributo na realização do referido manual salienta-se a mobilização de conhecimento e a pesquisa bibliográfica efetuada, a partilha e a participação informal de Enfermeiros do serviço. Deste modo, como unidade de competência inerente ao Enfermeiro Especialista salienta-se a promoção um ambiente gerador de segurança e protetor dos indivíduos/grupo, imprescindível também para a efetividade terapêutica uma vez que o manual permite o conhecimento de dados importantes ao desenvolvimento do exercício profissional.

Uma vez que o SU onde se efetuou o estágio integra o hospital no qual se desenvolve a atividade profissional e se verifica a receção de vários doentes oriundos do SU tornou-se importante a partilha de informações com os Enfermeiros do SU face à transferência do doente para o serviço de internamento.

Normalmente o Enfermeiro do SU estabelece um contacto telefónico com o Enfermeiro do internamento que precede a transferência do doente com alta administrativa do SU. Na maior parte das vezes esta "passagem" de informação resume-se a diagnósticos médicos aos quais os Enfermeiros podem aceder consultando o processo clínico, sendo omissas informações importantes para a continuidade de cuidados de Enfermagem, como, por exemplo, alterações de dependência ao nível dos autocuidados, alterações do processo de deglutição, com necessidade de intervenção do Enfermeiro (é importante saber se o doente tem uma sonda nasogástrica de novo, o porquê, no sentido de providenciar cuidados de avaliação contínua, recordando a necessidade de um cuidador em casos de dependência e posterior atividades de orientação e ensino ao mesmo), entre outras.

Todavia é perceptível que a dinâmica do SU e os cuidados que se esperam neste local, de tratamento agudo da doença prioritária não permitam averiguar ou esclarecer algumas das situações descritas e que, por isso, a informação não chega a ser transmitida ou não é esclarecida. Ainda assim, esta partilha de informações com os Enfermeiros da equipa do SU, face aos cuidados prestados e transmitidos foi pertinente para a equipa do SU, pela perceção estabelecida da informação relevante

Os contactos telefónicos posteriores estabelecidos apresentaram elevado potencial para conduzirem a cuidados de qualidade e segurança, ao nível da continuidade de cuidados. Com a constatação desta necessidade de melhoria, foi elaborada uma *check-list* (Tabela 1) da informação adequada a ser transmitida aos Enfermeiros dos serviços de Medicina, que recebem o doente oriundo do SU, acrescentando Enfermagem a essa equação. Esta *check-list* ficou na posse da Enfermeira tutora, sendo que a possibilidade de a integrar e implementar no método de trabalho foi considerada, após análise e revisão pela equipa; nesta primeira fase com recurso a suporte orientativo de papel.

<ul style="list-style-type: none">✓ Nome✓ Cuidador / Familiar✓ Diagnóstico Principal✓ Estado de Consciência/Dependência✓ Terapêutica Relevante (Exemplo: Anticoagulantes, anti psicóticos, Analgésicos de aplicação transdérmica...) e terapêutica SOS recente✓ Eventos relevantes no SU (alterações de consciência, hipo/hipertermia, hipo/hiperglicemias, hemorragias, pirexia ...)✓ Cuidados instituídos (Exemplo: dispositivos médicos como algaliação, entubação nasogástrica; tratamento de feridas, ...)✓ Dados relevantes para controlo de infeção (de acordo com orientações da instituição)
--

Tabela 1 – *Check-list* – Partilha de Informações com os Enfermeiros do Serviço de Urgência

Uma outra reflexão respeitante ao SU, no âmbito da qualidade, é o da violência a que os profissionais de saúde estão sujeitos, com vários fatores a causar este problema.

A pessoa/família encontra-se vulnerável pelo processo agudo/agudização da doença, sente-se desprotegida, incompreendida e, em algumas circunstâncias esse processo conduz a alterações que condicionam a resposta e que tornam o profissional também ele vulnerável.

As emoções negativas, as alterações do processo do pensamento ou a ausência das respostas que se esperam, originam tantas vezes um comportamento agressivo, presenciado em vários momentos de estágios (a família dirige-se ao Enfermeiro da triagem e dos cuidados de modo agressivo pelo tempo que o familiar está à espera, pela prioridade que lhe foi conferida, interrompendo abruptamente o momento da triagem ou situações onde estão a ser prestados cuidados a terceiros...). Neste sentido, os profissionais de saúde são expostos a situações de violência, podendo pôr em risco a qualidade dos cuidados prestados, pela ação psicológica e física negativas que desagua sobre eles, que frequentemente já desenvolvem a sua ação sobre stresse, tendo em conta o contexto de cuidados que impele à agilidade e exigência.

Já em 2006 foi realizado um estudo onde foram entrevistados representantes institucionais do Setor da Saúde e foi confirmado o papel que a violência contra profissionais de saúde acarreta e as consequências que produz e foi também, neste estudo refletida a falta de legislação das instituições de saúde com políticas que abordem o problema (DGS, 2006). Entretanto o tema da violência e do seu combate tem estado na ordem do dia da discussão pública e após pesquisa sobre o tema percebe-se que se caminha atualmente no sentido de reformar esta situação e de tornar visível o impacto que este problema tem a nível individual, social e institucional.

Nesse ano de 2006 a DGS criou o *Observatório da Violência contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho*, com uma plataforma *online*, onde é possível notificar casos de violência contra profissionais de saúde no trabalho, de forma anónima, e que permitirá uma monitorização contínua e futura, possibilitando a obtenção de dados que confluem para a resolução do problema.

O relatório disponibilizado pela DGS (2017) no terceiro trimestre de 2017, relativo à monitorização de incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho nesse período, demonstra que a maioria de incidentes é relativa a assédio moral (75%), seguindo-se a violência física (11%) e a violência verbal (8%).

Em mais de metade das ocorrências o agressor é o doente e o grupo profissional que mais é vítima de violência é o dos Enfermeiros. Em concreto este é um problema que deve ser alvo de reflexão pelos órgãos de direção e chefia, pois ainda que esteja instalado um alarme na sala de triagem, que é acionado em caso de o profissional se sentir ameaçado ou ter sido agredido, este mesmo alarme não protege o profissional. O problema da violência sob o profissional, maioritariamente o Enfermeiro, como supracitado, merece relevo neste contexto de cuidados, pelo que estes relatórios com informação qualitativa e quantitativa

devem ser analisados, no sentido de reformar protocolos de atuação e melhorar assim o ambiente de cuidados e a segurança dos profissionais.

Uma das outras políticas que confluem para os sistemas de qualidade da organização, instalada no SU são as políticas de controlo de infeção. A existência de circulares normativas que regulamentem as atividades profissionais, que orientem as condutas dos enfermeiros e que possibilitem uma prática baseada na evidência são fundamentais para a qualidade e segurança da saúde do indivíduo e neste âmbito pode ser notada uma preocupação na disseminação de boas práticas, com uma atuação ativa dos Enfermeiros que se inserem em grupos internos de avaliação e auditorias às mesmas.

Numa época de resistência acentuada aos antibióticos, estando o próprio profissional também em risco, é cada vez mais importante a reflexão crítica dos pares a este nível. O Enfermeiro EEMC tem um papel importante nesta área, uma vez que uma das competências inerentes à sua prática se relaciona com a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado, conforme preconizado em Regulamento de Competências Específicas da OE (2010).

Ao longo do estágio foi demonstrado conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeções e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção, tendo-se estabelecido as estratégias pró-ativas mais adequadas e alertando os pares para os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção. Destaca-se com muito significado a norma nº 018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, da DGS onde é abordada a prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), com critério de definição de infeção e colonização e medidas a serem instauradas, encontrando-se facilmente ao dispor dos profissionais, na plataforma institucional.

O aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) é também outro dos problemas que se vive no serviço de urgência e no hospital, com critérios de atuação disponibilizados pela equipa de Controlo de Infeção do hospital, com base em normativas. A DGS (2017), no seu Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência ao Antimicrobianos, disponibilizou uma nota de recomendação aos profissionais de saúde relativamente a este problema.

No serviço de urgência existe um espaço para o rastreamento deste tipo de infeção que requer isolamento de procedimentos e contacto, e cujo tratamento é específico. Também existe um espaço para os doentes que já têm a infeção confirmada, para que se possa implementar as medidas atrás descritas, pelo que, sempre que foram prestados cuidados a estes doentes foram cumpridas as orientações delineadas com uso de equipamento adequado. Uma das

atividades no decorrer do estágio foi a de providenciar informação aos doentes e familiares acerca da postura correta face à contaminação por este tipo de microrganismos, estabelecendo os procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão.

MÓDULO II – SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, diferenciados e pressupõem a continuidade de cuidados no sentido de dar resposta às necessidades do indivíduo, mantendo as funções vitais, prevenindo complicações e restringindo as incapacidades, com vista à recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Especialmente neste contexto da prática onde os cuidados são imediatos e a gestão de cuidados acontece tantas vezes sem programação dos mesmos, uma vez que a nota é a imprevisibilidade, há necessidade de avaliação das necessidades (conhecimento de terapêutica, protocolos, normas de atuação...) que se verificam recorrentemente, para agilizar processos e para que as respostas posteriores a situações semelhantes possam ser realizadas com menos gasto de energia e com obtenção de maiores ganhos em saúde.

Ao longo do estágio foi verificada, várias vezes, esta atitude de procura das melhores e mais atuais soluções, da melhor evidência, para os problemas identificados motivada normalmente por Enfermeiros Especialistas, com o Enfermeiro tutor e com a Professora orientadora.

A qualidade deve ser monitorizada e quantificada, para se perceber da necessidade de introduzir mudanças; tendo em conta a trilogia de Donabedian das componentes do cuidado: a estrutura, o processo e o resultado devem ser considerados em simultâneo para a medição da qualidade em saúde. A estrutura refere-se às características dos locais onde os cuidados de saúde são prestados; o processo diz respeito à relação estabelecida entre o prestador e o recetor dos cuidados e o resultado traduz o efeito dos cuidados no estado de saúde das pessoas (Donabedian, 2002).

Neste sentido o Enfermeiro especialista em EMC tem um papel fulcral na prevenção e controlo de infeção em práticas delineadas pela DGS, com realização de auditorias aos procedimentos e manutenção de dispositivos, como o cateter venoso central (norma nº022/2015 de 16/12/2015), o cateter vesical (norma nº019/2015 atualizada a 30/05/2017), na prevenção de pneumonia associada ao ventilador (norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017).

No decorrer do estágio foi possível participar na realização de algumas destas auditorias verificando uma adesão positiva às boas práticas, conforme indicado pelas orientações emanadas. No serviço existem protocolos e normas de atuação na prevenção e controlo de infeção, contudo, parecem não ter a visibilidade necessária e o acesso que estão recomendados, uma vez que devem ocupar lugar na sala de trabalho e os mesmos se encontravam guardados na zona administrativa. Apesar disso, os Enfermeiros parecem ser conhecedores e desenvolvem a sua prática profissional com base nesses princípios da evidência científica.

Especificamente, no que diz respeito à pneumonia associada à entubação, que surge em doentes com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas, a DGS através da norma nº 021/2015 atualizada a 30/05/2017 recomenda o planeamento dos cuidados baseados em “feixes de intervenção”; os *bundles* têm como objetivo a obtenção do melhor resultado face ao problema para que se dirige.

No desenvolvimento do estágio foi possível a realização destes feixes de intervenção aquando da prestação de cuidados ao doente entubado, nomeadamente a manutenção da cabeceira do leito em ângulo superior ou igual a 30°, evitando momentos de posição de supina e a realização de auditoria diária ao cumprimento desta medida; a realização da higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes que previsivelmente permaneçam na unidade por mais de 48 horas; a otimização de circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou não funcionantes e a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 centímetros de água, sendo prática recorrente a sua verificação; todas estas medidas instituídas no sentido de prevenir a pneumonia associada à entubação.

Reflete-se como sendo importante a ligação entre o conhecimento do profissional, a prática, o comportamento e a cultura organizacional no sentido de uma ação mais estruturada na prestação de cuidados de Enfermagem. Tendo em vista a performance profissional e o modelo disciplinar de Enfermagem percebemos que a avaliação ainda se centra em indicadores de processo, referentes à atividade executada e pouco se alia aos indicadores de resultados, que são aqueles sensíveis aos cuidados de Enfermagem e que verdadeiramente traduzem mudanças nos comportamentos. Todavia, em Cuidados Intensivos são pertinentes os indicadores de resultado, por exemplo: a taxa de incidência de úlcera de pressão/lesão de pele, a taxa de incidência de extubação acidental/não planeada, a taxa de efetividade de conforto/higiene alterado, a taxa de efetividade de presença de dor (Dias, 2014).

Neste domínio da melhoria contínua da qualidade e tendo em conta o tema do projeto pessoal, a vulnerabilidade do doente crítico, foi desenvolvido um estudo de caso - *Refletir e Agir sobre a Vulnerabilidade do Doente Crítico* (Apêndice 7), criando um método de análise da literatura em torno do conceito e registando a influência do mesmo no cuidar em Enfermagem.

O envolvimento total do Enfermeiro tutor e a orientação da Professora foram primordiais à realização deste estudo de caso e reflexão, reforçando o propósito de desenvolver o mesmo, que se coaduna com a otimização dos cuidados e com a qualidade requerida, num contexto de dependência total, com o objetivo de decidir em mudanças positivas no Cuidado em Enfermagem.

O doente crítico admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos é invadido por uma panóplia de equipamentos tecnológicos e submetido a intervenções múltiplas que dão ênfase ao suporte das funções biológicas, com a manutenção e recuperação das mesmas, encontrando-se altamente vulnerável, o que exigiu um acréscimo de atenção pessoal por forma a garantir, em absoluto, o respeito integral pela sua dignidade. O impacto desta experiência causa, sem dúvida, sentimentos de instabilidade e insegurança, face à iminência do risco de vida, sendo também potenciadora de stresse para o doente (Novaes, 1999; Castro, et al., 2017). Logo, ao serem alvo de estudo os fatores que determinam a vulnerabilidade do doente crítico é possível programar cuidados de Enfermagem especializados para dar resposta profissional a essa condição, onde o Enfermeiro atua sobre eles, minimizando-os e permitindo colocar em prática ações favorecedoras de uma Enfermagem de referência e excelência.

O Enfermeiro Especialista assegura, deste modo, que possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas em diferentes níveis de prevenção (OE, 2010), algo efetivado no decurso do estágio. De facto, a realização do presente estudo permitiu a atenção a fatores que tornam o doente crítico ainda mais vulnerável e permitiu pôr em prática esse mesmo conhecimento, com conclusões e experiências que enriqueceram o estudo em questão.

O seu desenvolvimento permitiu então a aquisição de novos conhecimentos face à descoberta de fatores que tornam o doente crítico mais vulnerável, como a ansiedade, o stresse, a dor, a agitação.

A pertinência do doente escolhido compreende-se no quadro de múltiplas situações clínicas que lhe conferiram vulnerabilidade acrescida, sendo um jovem adulto, com papel definido e

importante a nível familiar, na manutenção e gestão financeira, encontrando-se a própria família, neste enquadramento, também mais suscetível, decorrente do evento crítico.

A vulnerabilidade é traduzida pela experiência de dor física e psicológica, que derivam de inúmeros fatores que segundo a evidência científica podem ser controlados e geridos de forma mais eficaz, nomeadamente pelos Enfermeiros. A identificação destes fatores que atuam negativamente sobre o doente é de extrema importância para promover um ambiente mais humano e mais próximo, fazendo com que o doente e a família se sintam protegidos e valorizados (Silva, et al., 2013; Castro, et al., 2017).

Ao nível do estudo de caso foi trabalhado o processo de Enfermagem, com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem através da identificação de focos de Enfermagem que incrementassem o conceito de vulnerabilidade e foram formulados diagnósticos de Enfermagem, com intervenções dirigidas e resultados esperados.

A implementação do processo de Enfermagem esteve, contudo, limitada uma vez que os turnos realizados não permitiram a continuidade de cuidados. Se assim fosse, a implementação de intervenções de enfermagem na sua totalidade, face aos diagnósticos estabelecidos, teria permitido a formulação concreta de resultados obtidos e provavelmente a noção real de que a ação de Enfermagem autónoma, baseada na evidência, é fundamental ao conceito e gestão da vulnerabilidade do doente crítico. Por exemplo, considerou-se pertinente a inclusão de instrumentos de medida para o stress e ansiedade, cuja aplicação poderia fornecer dados pertinentes para o processo diagnóstico, mas quando essa possibilidade ocorreu (com conhecimentos específicos das escalas e noções de rigor da sua aplicação) o doente teve alta para outro nível de cuidados, impossibilitando o seu uso.

Concluiu, todavia, que foi possível o desenvolvimento de conhecimentos e competências face ao diagnóstico e intervenção de Enfermagem no domínio da vulnerabilidade experienciada pelo doente crítico e família, onde a aplicabilidade direta nos cuidados de Enfermagem se pretende revestida de ações não farmacológicas, numa visão interdisciplinar dos cuidados, em autonomia de atuação. O EEMC deve ser capaz de assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença, demonstrando conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual, sobre a gestão de ansiedade e do medo vividos pela pessoa, competência que se possibilitou desenvolver ao longo do estágio.

Em síntese desenvolveu-se a **competência**: “*Identificar oportunidades de melhoria para a qualidade dos cuidados e segurança do doente, promovendo a formação e investigação e zelando pelos cuidados na área de EMC*”.

2.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Neste subcapítulo serão desenvolvidos os aspetos relacionados com a gestão de cuidados diferenciada, no âmbito da especialidade EMC. Este domínio de competências está intrinsecamente ligado com a qualidade que se preconiza nos cuidados de saúde. Dar-se-á resposta ao objetivo específico seguidamente enunciado, percebendo que a identificação das necessidades de cuidados de Enfermagem, as atividades inerentes à prática, a promoção de programas de melhoria, o planeamento, coordenação e desenvolvimento de intervenções na área de especialização são fatores importantes na concretização deste domínio.

OBJETIVO ESPECÍFICO: “*Desenvolver conhecimentos sobre gestão de cuidados, recursos humanos e materiais*”

MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

Neste estágio percebeu-se a complexidade ao nível da gestão de cuidados, que impõe um trabalho criativo e reflexivo e onde a experiência profissional é de facto importante. Este facto foi constatado pessoalmente, num contexto de uma equipa de elementos jovens, com pouca experiência profissional e alguns sem formação pós-graduada, onde a promoção de conhecimento e partilha de vivências pelos elementos mais experientes se demonstrou como ponto afirmativo.

Pôde verificar-se um recorrente absentismo de determinados membros da equipa de Enfermagem o que originou uma sobrecarga de trabalho aos restantes, prejudicando a sua dinâmica funcional, fomentando até alguma desmotivação. Todavia, as situações de absentismo foram sendo geridas pelo elemento coordenador, onde pela voluntariedade da equipa foi sempre possível colmatar a situação.

Neste caminho é possível refletir-se que recursos escassos, nomeadamente humanos, ambientes de exaustão, com sobrecarga horária, necessidades acrescidas ao nível dos cuidados, com desgaste e cansaço emocional dos Enfermeiros podem conduzir a que os ambientes de prática não sejam favoráveis, levando a crer que boas condições no trabalho

são diretamente proporcionais com a qualidade dos cuidados prestados, conforme refletido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). Na publicação sobre *Ambientes Favoráveis à Prática* (2007) esse mesmo organismo refere que esses ambientes se caracterizam por: contextos políticos inovadores centrados no recrutamento e retenção, estratégias para a formação e promoção contínuas, compensação adequada dos empregados, programas de reconhecimento, equipamento e materiais suficientes, um ambiente de trabalho seguro.

Esta reflexão torna-se importante uma vez que o conceito de clima organizacional está intimamente relacionado com as noções de satisfação profissional, cultura corporativa e estilo de liderança. Este último ponto é fundamental na resolução de problemas como o absentismo. Os processos de liderança, que favorecem os ambientes de prática continuam a estar interligados com a otimização da comunicação, pois ela continua a ser o centro e a ligação ao mundo e às pessoas (Tappen, 2001).

Em estágio verificou-se uma liderança reforçada pela postura comunicacional do líder, quer fosse pelo apoio em determinada tomada de decisão, a palavra de elogio e valorização pelo trabalho executado, ou a expressão de interesse pelas preocupações individuais ou da equipa. A energia da comunicação foi usada em prol da resolução de problemas e no encontro de novas oportunidades de conhecimento e crescimento, constatando-se uma adaptação do estilo de liderança (liderança democrática), que foi adequado ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo, competência inerente ao Enfermeiro Especialista (OE, 2010).

A intervenção autónoma do Enfermeiro EMC é de salientar nesta área de cuidados, particularmente no âmbito não-farmacológico. O Enfermeiro intervém com a gestão e execução de posicionamentos, da massagem corporal de alívio de zonas de pressão e com a introdução de técnicas e estratégias de relaxamento, como a distração pela comunicação efetuada, gestão do espaço físico, entre outras, que foram possíveis implementar em contexto de estágio.

Ao nível dos registos de Enfermagem verificou-se igualmente uma melhoria, pois estes passaram a contemplar a dimensão global do ser humano, permitindo uma avaliação diagnóstica mais concreta, com identificação de necessidades e incorporação de intervenções mais dirigidas, bem como a continuidade de cuidados, o que melhorou a gestão dos mesmos junto do doente/família.

O Enfermeiro que se depara com a progressiva perda de autonomia da pessoa em fim de vida intervém na gestão e adaptação de estratégias face ao seu grau de dependência, em parceria

com a família, encorajando-o e auxiliando na tomada de decisões que preservem a sua autonomia e sentido de participação. A gestão de cuidados junto do doente/família é por vezes um desafio, neste processo de pequenas perdas e transições que vão ocorrendo com a progressão da doença, conforme previamente mencionado, pelo que um plano individual de cuidados, com resposta às necessidades individuais pode facilitar este processo de transição saúde-doença. Assim, é de extrema importância que o profissional tenha conhecimentos válidos acerca das necessidades no processo de transição, melhorando e providenciando a educação junto do doente e família (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012), algo que foi possível trabalhar em parceria com a Enfermeira tutora e com a equipa.

Deste modo, no decurso do estágio foi possível verificar o papel do Enfermeiro EMC, em contexto de CP, na abordagem ao doente com necessidades específicas, através da implementação de um plano avançado de cuidados, focado nas preferências do doente, na gestão dos cuidados, prevenindo e corrigindo o corrigível, na comunicação difícil, no controlo de sintomas, na resolução das tarefas de luto, temas desenvolvidos nos diversos subcapítulos do presente trabalho.

Conclui-se, assim, que a gestão de cuidados está intrinsecamente ligada aos processos de liderança, que a condicionam ou motivam, com a aplicação do processo de Enfermagem e com o método de trabalho, pelo que se evidenciou o desenvolvimento do processo de Enfermagem adequado à área em questão, utilizando-se o método individual.

MÓDULO I – SU

Em estágio foi possível desenvolver junto com a Enfermeira tutora vários turnos com funções de elemento “responsável” de turno, articulando com a equipa de Enfermagem e atuando como ponto de referência à equipa médica, cooperando diretamente com o chefe da equipa médica.

Esta situação tornou-se evidente aquando da necessidade de gerir a presença de acompanhante no SU (situação prevista na carta de direitos e deveres do doente), aquando de fluxos superiores à urgência, situação que foi gerida em articulação com a chefia médica e agilizada pela Enfermeira responsável de turno.

Uma das funções inerentes a elementos coordenadores e subcoordenadores de equipa é o de desenvolver tarefas de gestão, designadamente: cooperar com os elementos que desenvolvem funções na triagem (foram recorrentes as situações de solicitação de apoio por elementos menos experientes no uso do sistema eletrónico de Triagem para orientação de

discriminadores de doença); apoiar os diversos setores, com colaboração na Sala de Emergência; atender às horas de refeição e gestão de elementos entre setores para haver equilíbrio da equipa; substituir elementos nos setores em caso de funcionamento da Sala de Emergência, entre outros de valor específico e intrínseco ao Enfermeiro Coordenador. Em contexto de estágio foi possível apoiar o Enfermeiro Tutor no desenvolvimento destas tarefas, auxiliando na gestão dos cuidados, possibilitando a aquisição de competências próprias ao Enfermeiro Especialista em EMC.

A colaboração na gestão de turno, elaborando o plano de trabalho, sob supervisão, para o turno seguinte, distribuindo os elementos a setores de trabalho específicos, tendo em conta as suas competências e características pessoais, também se verificou. Essas mesmas características relativas aos Enfermeiros foram facultadas pela Enfermeira tutora, o que possibilitou mobilizar essa informação na interpretação e resolução da tarefa. O plano de trabalho realizado mostrou-se capaz de ser colocado em prática pelas escolhas feitas, relativamente à dinâmica funcional da equipa. Reflete-se um trabalho de exigência, pelos desafios que acarreta, nomeadamente ao nível de perceber as aptidões e características pessoais e a forma como elas podem ser melhor aproveitadas.

Em sala de emergência um dos procedimentos inerente à gestão de cuidados e recursos, uma atividade desenvolvida em parceria com a Enfermeira Tutora, efetivou-se com o preenchimento de *check-list's*, presentes em *dossier* próprio, que estabelecem a necessidade de verificação de monitores, malas de transporte e carros de emergência alocados aos diferentes setores do SU.

De facto, o Enfermeiro especialista tem competências acrescidas neste domínio da gestão, na medida em que lhe é reconhecida a competência de gestão dos cuidados, otimizando a resposta dos pares e dos colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional (OE , 2010).

MÓDULO II – SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

A OE (2010) esclarece as competências comuns a desenvolver pelos Enfermeiros Especialistas salientadas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte claro e efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria.

O Enfermeiro Especialista deve ser capaz de gerir os cuidados, no sentido de minimizar os riscos presentes, quer para o doente, como para os profissionais e para a família, decorrentes

de um ambiente de cuidados complexo e de intervenções urgentes promovendo um ambiente estável e seguro. Neste seguimento é de referir a importância de estarem disponíveis e serem conhecidas pela equipa as normas e protocolos de atuação de determinadas situações, devendo ser motivada uma interiorização e conhecimento das mesmas no sentido de promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Ao nível dos recursos humanos verificou-se uma gestão eficiente, uma vez que o plano de cuidados e a atribuição de doentes era efetuado com antecedência e ajustado conforme as necessidades. A presença de um Enfermeiro Especialista no turno, remete a sua ação para a supervisão dos cuidados, atuando como elemento de suporte à equipa, favorecendo a comunicação interdisciplinar e a partilha de experiências e informações pertinentes, atuando como modelo e referência.

No sentido de perceber a adequação de *ratios* é utilizada a escala que pretende determinar a carga de trabalho, adaptada aos cuidados intensivos, a *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28). Foi possível deduzir que, na sua generalidade, os recursos humanos estavam de acordo com as exigências consequentes dos *scores*. Esta aplicação apresentava-se disponível informaticamente e era usada pelos enfermeiros, como é recomendação da prestação de cuidados nas unidades de cuidados intensivos, sendo normalmente adequado 1 Enfermeiro para cada dois doentes, conforme indicações da OE (2014), pelas recomendações para as dotações seguras dos cuidados de Enfermagem.

Houve possibilidade da realização de dois turnos, colaborando com o Enfermeiro que está responsável pela área de gestão, ao nível dos recursos materiais. A responsabilidade da manutenção de *stocks* está atribuída a um Enfermeiro que não presta cuidados diretos ao doente, salvo se houver necessidade; a requisição de material, de fármacos, comunicação de avarias ou armazenamento de material compete também a este Enfermeiro. Uma das competências do Enfermeiro Especialista neste domínio prende-se precisamente com a otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, negociando-os e utilizando-os de forma eficiente (OE , 2010), algo que se verificou neste serviço e no qual pude participar.

A organização de trabalho na UCI permitiu concluir a eficácia do método estabelecido, uma vez que através da sua implementação verificam-se menos falhas ao nível da gestão de material clínico, com menos ruturas; refletindo igualmente como aspeto positivo o facto de o Enfermeiro responsável pelo doente se poder dedicar exclusivamente à gestão de cuidados ao mesmo, sem ter necessidade de se preocupar com questões decorrentes da gestão e manutenção de material clínico e não clínico. No ambiente de cuidados intensivos a gestão

de cuidados ao doente é exigente, implicando uma abordagem que requer a atenção de inúmeros parâmetros vitais, com necessidade de adaptação e reformulação do Processo de Enfermagem, pela instabilidade do doente ou recuperação do mesmo, pelo que a esquemática anteriormente abordada favorece um método de trabalho estável e seguro na abordagem ao doente crítico, o método de trabalho individual.

Ainda ao nível da gestão de recursos materiais, reflete-se como positivo a existência de *kits* previamente preparados para a realização de técnicas recorrentes no serviço, como a colocação de catéter venoso central, de linha arterial, da realização de traqueostomia, de paracentese. Este facto é pertinente e auxilia na gestão de tempo e prioridades que o Enfermeiro realiza, uma vez que ao ter o material previamente preparado pode dedicar mais tempo para, por exemplo, a mobilização de conhecimentos a nível pessoal, técnico e teórico, bem como na preparação do doente e na explicação dos procedimentos.

De facto o Enfermeiro EEMC gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, com o diagnóstico precoce de complicações resultantes da aplicação desses protocolos, implementa respostas de Enfermagem apropriadas às complicações, monitoriza e avalia as respostas aos problemas identificados, realiza a gestão diferenciada de sintomas e da comunicação que fundamenta a relação terapêutica e lidera o desenvolvimento de procedimentos essenciais à prevenção e controlo de infeção (OE, 2010).

Em síntese desenvolveu-se a **competência**: *“Gerir os cuidados ao doente com necessidades paliativas e ao doente crítico, nos domínios da conceção, planeamento e avaliação da ação de Enfermagem”*.

2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio de competências relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais irá ser estruturado de forma a desenvolver criticamente o percurso efetuado, o conhecimento mobilizado e o novo conhecimento adquirido. Neste subcapítulo serão apresentados diversos objetivos específicos, organizados por módulo de estágio, com vista à aquisição de competências no cuidado ao doente crítico e paliativo.

OBJETIVO ESPECÍFICO: *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, implementando técnicas de comunicação eficazes na abordagem ao doente crítico e paliativo, Afirmar o impacto da comunicação na relação terapêutica”*

MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

A abordagem ao doente em fim de vida encerra uma diferenciação e competência específicas que tornam necessária a formação e atualização constante do profissional que se envolve nestes cuidados (DGS, 2005). A comunicação surge como uma dessas competências específicas, numa modalidade de cuidados que não se restringe ao suporte técnico (Araujo, et al., 2012).

O estágio permitiu que fossem desenvolvidas competências no âmbito da comunicação, facilitadoras da relação terapêutica, identificando as suas necessidades comunicacionais e implementando técnicas eficazes. O poder da comunicação de onde emergem, com grande significado, aspetos relacionados com as palavras, com as pausas, as interjeições, enunciadas pelos doentes e familiares, apelando a uma ação profissional do Enfermeiro, com uma comunicação dirigida à pessoa, capaz de proporcionar benefícios terapêuticos bastante alargados, é preconizado em Cuidados Paliativos.

A comunicação com o doente paliativo é exigente e requer estratégias e processos que têm de ser conhecidos, treinados e apurados constantemente, não partindo só da espontaneidade e das habilidades "normais" de comunicar. Há um sem fim de hipóteses e de sentidos a explorar, há um doente que é diferente do outro doente pelas experiências próprias de vida, pela doença que vive, pelas relações familiares que existem, pela cultura e pelas crenças próprias e, para todas essas situações há conhecimento que deve ser assimilado e posto em prática. As atividades desenvolvidas prenderam-se com a pesquisa sobre técnicas de comunicação e estratégias que facilitem a verbalização de sentimentos, medos e perceções, a transmissão de "más notícias", a perceção do conteúdo de comunicação exigido, na quantidade e qualidade de informação transmitida; assim minimizar-se-ia o impacto negativo da ausência de comunicação verbal, através da para-verbal e não-verbal, valorizando o toque, o olhar, as expressões e gerindo em tempo útil informação face à complexidade do estado de saúde do indivíduo.

De facto, não há um tempo específico para comunicar; todavia, perante o confronto com más notícias a deontologia profissional orienta a ação no respeito pela dignidade humana. Contudo, é importante estabelecer uma comunicação precoce, orientando o processo de transição que o indivíduo está a viver, dialogando, identificando os problemas, esclarecendo dúvidas para que não aconteça uma passagem abrupta e violenta entre a fase curativa e a fase paliativa (Oliveira, 2013).

Recorda-se a história de uma doente em fase paliativa cuja situação requereu tempo e adaptação pelos vários Enfermeiros intervenientes, promovendo a reflexão pela equipa. A doente em causa, com capacidade cognitiva presente tinha uma atitude de esperança face ao seu estado paliativo. A doente repetia que “se ia curar”, que “estava a ficar melhor”, que não ia “morrer”. O processo de relação desenvolvido junto da mesma permitiu descodificar uma personalidade, em vida saudável, passiva, com expectativas por vezes irrealistas do mundo e das vivências quotidianas; isto é, a doente em questão sempre teve uma vida “controlada” positivamente pelo marido, que assumia a maior parte das decisões, inclusivamente as relacionadas consigo, revelando um carácter introvertido.

De facto convém lembrar que a ética da responsabilidade é algo necessário e real em CP, quando o doente tem parte ativa perante a possibilidade de uma nova realidade, especialmente com a aproximação da morte (Oliveira, 2013).

O processo de comunicar com esta doente foi difícil e exigiu uma avaliação das condutas pessoais no sentido de perceber o que seria, neste caso, uma comunicação efetiva e eficaz, que promovesse uma relação terapêutica. A comunicação foi mais que um ato, assumiu-se como processo de aprendizagem, compreensão, ensino e partilha além dos dados clínicos e técnicos, dos valores da vida humana, das conquistas e perdas pessoais (Oliveira, 2013).

Remetendo à situação exposta verificou-se que a doente não tinha incorporado no seu discurso a vertente paliativa dos cuidados, este facto poderá ter sido potenciado pela exigência diária de realização de tratamento a uma ferida cirúrgica, metastizada, com os juízos daí decorrentes, interiorizando-se a necessidade de haver espaço e tempo para a pessoa se organizar perante uma situação terminal e perante conceitos de uma subjetividade imensa que exigiram cuidados individualizados.

O Enfermeiro Especialista promove intervenções junto da pessoa em fim de vida, estabelecendo um plano individualizado, envolvendo a família e os cuidadores para otimizar resultados na satisfação das necessidades, conforme estipulado no regulamento de competências (OE, 2011) e foi esta a ação preparada e construída junto da doente.

A comunicação com esta doente/família exigiu procedimentos específicos. A transmissão de más notícias é um desses procedimentos que requer conhecimentos e ordena etapas, que foram tidas em conta, como: preparar o momento, avaliar o que o doente sabe, descobrir o que o doente deseja saber, partilhar com o doente a informação, validar os sentimentos do mesmo, planear o futuro e o seguimento dos cuidados, trabalhar os próprios sentimentos, a atenção com a família (Oliveira, 2013). Estas etapas resumidas constituem o protocolo de

Spikes (Baile et al., 2000), que permite sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática quer para quem a dá, quer para quem a recebe.

Neste processo o caminho foi feito na partilha com a doente, expondo os medos, incertezas, aspirações, crenças, descrenças, a necessidade de amparo e o silêncio, numa atitude de nunca presumir a comunicação (os seus desejos, preferências...) (Oliveira, 2013).

Ao longo do estágio puderam ser desenvolvidos estes conceitos e as atitudes e vivências de cada elemento que contactou com a doente; percebeu-se a certa altura, em equipa, neste limite dos cuidados em fim de vida que o assunto não deveria ser insistido junto da mesma. A doente era detentora da informação real e verdadeira e estava capaz de decidir o que fazer com ela, simplesmente não aceitou “validar” a realidade, pelo menos exteriormente; apesar de se ter estabelecido uma comunicação honesta e de se acreditar ter validado sentimentos de angústia e negação o planeamento do futuro não proporcionou expectativas reais e conciliadas com a fase de fim de vida da doente, as esperanças verbalizadas, não eram realistas. Como refere Oliveira (2013) o indivíduo precisa de suas verdades durante toda a vida e não apenas no final da mesma. Como já foi exposto a doente teve dificuldade ao longo da sua vida em assumir o controlo da vida, de definir o melhor e pior para si, neste momento tudo isto se tornou claro.

As situações de crise em cuidados paliativos são recorrentes e a assistência pelo Enfermeiro faz-se nomeadamente na presença da dor total (componente física, psicológica, espiritual, social). O doente/família procuram ativamente o auxílio e o apoio do profissional, ocorrendo, porém, frequentemente a “conspiração do silêncio” e o doente/família resistem, impedindo comunicação e o contacto. A “conspiração do silêncio” revela-se como um ponto de tensão, que bloqueia o diálogo aberto sobre o futuro, como a ocultação do diagnóstico e/ou prognóstico (Twycross, 2003).

Normalmente a família quer proteger o familiar de mais sofrimento, porque este já se encontra num estado de vulnerabilidade imensa. É importante a avaliação do silêncio que deve ser englobada e percebida individualmente; reconhecendo as causas que originaram ou mantêm a “conspiração do silêncio”, com necessidade de estabelecer metas e métodos de intervenção, conduzindo a uma nova perspectiva de análise da situação que facilitem novas posturas e tomadas de decisão (Oliveira, 2013). Recorre-se como exemplo à situação explanada no domínio da responsabilidade profissional e ética a abordagem junto do familiar, do tempo de que este necessitou, do ritmo que teve de ser respeitado, da presença ativa e disposta dos Enfermeiros para esclarecer dúvidas que possibilitassem a abertura e adaptação à nova fase de vida.

Neste âmbito de cuidados foram usadas, no decorrer do estágio, ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa em situação paliativa e com os cuidados a familiares, de forma a concretizar uma comunicação honesta, fomentar uma esperança realista, assim como o ajuste de expectativas, auxiliando neste processo de completar as tarefas de desenvolvimento em fim de vida, conforme a prática delineada ao Enfermeiro Especialista (OE, 2011).

MÓDULO I - SU

Neste estágio detetaram-se várias necessidades comunicacionais do indivíduo, numa gestão de emoções específicas de uma situação urgente/emergente. Nomeadamente ao nível da triagem, ao Enfermeiro triador compete a gestão eficaz da informação recebida, do que vê, e com sensibilidade clínica decidir o encaminhamento para cada situação. Deve ser alguém capaz de usar de estratégias comunicacionais que lhe permitam atuar concretamente perante cada situação e perante cada doente/família, sendo alguém com formação específica nesta área. Sempre que possível procedeu-se ao acompanhamento da Enfermeira tutora na triagem, e, com ela, foi possível refletir acerca da pertinência de ser experiente e conhecer o sistema, pelo que o Enfermeiro que faz triagem tem de ter uma vertente formativa que careceu de avaliação positiva, que lhe reconhece a competência de interpretação e de juízo clínico.

Na sua função, o Enfermeiro triador comunica com pessoas sob stresse e também ele tem de fazer a sua gestão de stresse; lida com a zanga, com a tristeza, com a depressão, com o desespero, com a dor e o choque, entre outras barreiras à comunicação e deve assumir um papel assertivo na gestão do seu desempenho, focando-se no que é importante.

Comunicar é o ponto fulcral de uma relação bem-sucedida entre o doente/enfermeiro/equipa multidisciplinar, uma vez que a assertividade supõe o assumir de um papel ativo, uma postura positiva, cuidando sem julgar os outros; salvaguardando os seus direitos, sem negar os dos outros e comunicar de modo claro, sem intimações ou ataques. Neste sentido, tendo em conta a situação de ansiedade vivenciada habitualmente pelo doente que recorre ao Serviço de Urgência, e a necessidade da informação ser organizada e sistematizada para encaminhar o doente, leva a que o Enfermeiro seja específico nas questões que formaliza. Esta característica está relacionada com a capacidade de ser detalhado e claro, relativamente ao conteúdo do discurso, pois pretende que a comunicação seja lógica e focalizada (Riley, 2004).

A técnica da especificidade segundo Riley (2004) possibilita que o discurso seja clarificado, auxiliando os doentes a transitar de áreas de discurso geral e ambíguo para áreas específicas.

Esta técnica permite que, particularmente no momento da triagem, o Enfermeiro seja específico na avaliação e também na colocação de questões. Este domínio, a capacidade de colocar questões é, assim, um requisito fundamental nesta área, garantindo que se recolha os dados necessários para cuidados de Enfermagem de qualidade.

Enquanto futuro Enfermeira Especialista em EMC pude, ao longo do estágio, treinar esta vertente da comunicação, que privilegia a informação fundamental a cuidados que se querem imediatos, pois pode estar em risco a vida da pessoa, sem descurar que a comunicação verbal deve ser otimizada e desenvolvida noutros momentos de cuidados que não implicam uma prática urgente de diagnóstico e intervenção.

MÓDULO II – SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O doente crítico tem necessidades comunicacionais particulares que decorrem da alteração do estado de consciência provocado pela sedação e analgesia e da alteração da comunicação pela ventilação invasiva com tubo orotraqueal ou traqueostomia que lhe conferem stress (Dithole, et al., 2017). Deste modo, para se conseguir uma comunicação efetiva com o doente crítico, foi necessário treino e realização de constantes pesquisas acerca do tema; a observação da prática realizada pelos Enfermeiros revelou-se igualmente importante.

De acordo com a literatura as ações que dão resposta a fatores *stressantes* relatados pelo doente crítico são: a apresentação do enfermeiro ao doente, a explicação sobre o tratamento/procedimento a ser realizado, evitando informações técnicas que possam dificultar o entendimento do tratamento pelo doente (Silva, et al., 2013).

As tentativas de comunicação efetuadas e o tempo dedicado permitiram compreender que, no diálogo entre profissional e doente há um ritmo a respeitar, sendo que a paciência, a persistência e o treino, são atributos importantes do Enfermeiro (Fernandes, 2010).

A comunicação entre o Enfermeiro e o doente crítico requer conhecimentos específicos, aptidões e comprometimento na tarefa. Contudo, por vezes, esta competência é descurada pela otimização técnica e pela componente prática de procedimentos que ocupam a maior parte do tempo do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos (Dithole, et al., 2017). Apesar desta reflexão, o que se observou, durante o estágio, foi a existência de uma equipa preocupada com as necessidades do doente, que se esforça por comunicar, otimizando a comunicação no seu processo. Nos momentos em que o doente estava acordado foi possível verificar um esforço por integrá-lo nos cuidados, por orientá-lo no tempo e no espaço

repetidas vezes ao longo da prestação de cuidados e, com a implementação de técnicas de comunicação que se mostraram adequadas.

Conforme Dithole *et al* (2017) refletem-se vários temas neste processo de comunicação com doentes ventilados em Cuidados Intensivos: o desenvolvimento de aptidões e conhecimento de técnicas de comunicação; a predisposição dos profissionais; a utilização de dispositivos de comunicação alternativos; a partilha de experiências e vivências. O autor acrescenta ainda a importância da inclusão do treino da comunicação através de “oficinas” de habilidades de comunicação como parte integrante de um programa de orientação para todos os enfermeiros.

A família é também alvo e parceira dos cuidados e desta forma é importante o estabelecimento de uma comunicação efetiva, verdadeira, entendível, capaz de a envolver, favorecendo uma relação terapêutica.

A promoção deste envolvimento positivo pela família foi implementada, onde os seus elementos atuaram otimizando a comunicação com o doente e, muitas vezes, estabelecendo pontes entre o mesmo e a equipa, fornecendo informações importantes para a gestão dos cuidados (Baumgarten, et al., 2014; Castro, et al., 2017).

Ao longo do estágio participou-se nesta área de gestão de comunicação que suporta os cuidados, inerente ao Enfermeiro EMC que é capaz de demonstrar conhecimentos aprofundados e estratégias facilitadores da comunicação em doentes com “barreira de comunicação”, como o doente ventilado, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde do doente/família. A interação com o doente sedado e analgesiado verificou-se, com recurso a técnicas de comunicação que se revelaram adequadas e eficazes; através da escrita, quando a comunicação verbal estava alterada, através do gesto, do toque, de um discurso simples e sempre com o objetivo final de contextualizar o doente no tempo e no espaço e de o informar acerca dos procedimentos que foram sendo realizados, integrando-os nos cuidados. Ainda assim, sendo a gestão de cuidados, nesta unidade, altamente exigente, nem sempre é possível a utilização de outras técnicas auxiliares à comunicação, nomeadamente quando o doente não é capaz de escrever, como tabelas legendadas ou quadros mágicos.

Em síntese desenvolveu-se a **competência**: *“Gerir a comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*.

OBJETIVO ESPECÍFICO: “Desenvolver cuidados ao doente paliativo e crítico, evidenciando uma ação fundamentada e demonstrando capacidade de estabelecer prioridades”

MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS

Neste âmbito de cuidados o Enfermeiro depara-se com a necessidade premente da gestão dos sintomas que advêm da doença, pelo que se torna essencial um conhecimento específico dos fármacos, do seu mecanismo de ação, dos efeitos secundários e indesejáveis para otimizar a ação de planeamento no controlo da dor.

No sentido de prevenir a dor e sintomas indesejados é importante a adequação de meios de monitorização que permitam ao Enfermeiro uma deteção precoce da agudização de sintomas. Em parceria com a Enfermeira Tutora foi refletida a mais-valia que a aplicação da *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) permite na avaliação e monitorização de sintomas. Esta escala está adaptada para a língua portuguesa e contempla a avaliação dos seguintes sintomas: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar sendo estes os sintomas mais comuns no doente com cancro. A ESAS admite a autoavaliação de nove sintomas comuns no doente paliativo; pode ser adicionado um ponto dez ou mais pontos, descritivos de sintomas específicos de cada doente. A gravidade situa-se num intervalo numérico de 0 a 10, em que 0 significa que o sintoma está ausente e 10 que é o pior possível (Watanabe, et al., 2012). A ESAS possibilita assim a identificação de fatores internos e externos ao doente que podem ser geridos e atenuados pelo Enfermeiro, o que pressupõe um planeamento da ação de Enfermagem, com intervenções fundamentadas e eficazes. Apesar de no decorrer do estágio não ter sido realizada a aplicação da escala por esta ainda estar a ser incorporada nas dinâmicas do serviço, a ação guiou-se por identificar sintomas prevalentes no doente paliativo. Esta é uma das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista – avaliar os sintomas, utilizando escalas e ferramentas adequadas (OE, 2011).

Assim, verificou-se uma ação mais dirigida às necessidades do doente e uma capacidade mais presente de precocemente evitar o agravamento da sintomatologia.

Na abordagem em Cuidados Paliativos identificar a dor como situação de maior vulnerabilidade é imperativo.

A dor tem características subjetivas na medida em que é íntima, vivenciada como única pelo indivíduo e por isso só a pessoa tem conhecimento com verdade e evidência da sua dor.

Ainda que a dor deturpe os sentidos, a narração da dor, a partilha da mesma permite uma compreensão do outro. Esta experiência de dor conduz à vulnerabilidade humana mais profunda porque derivou da experiência do sofrimento (Vieira, 2002).

Enquanto futura Enfermeira Especialista desenvolveu-se a capacidade de identificar as necessidades de uma ação especializada e individualizada nomeadamente no que concerne à dor, promovendo estratégias na gestão da mesma (avaliação, diagnóstico e tratamento), conforme preconizado pela OE.

No contato com o doente paliativo a avaliação da dor foi importante e contribui diretamente para o seu bem-estar e para a sua qualidade de vida, fator que também pode ser englobado no domínio referente à melhoria contínua da qualidade. A avaliação da dor procedeu-se pela escala numérica da dor e pela escala de faces, preconizadas pela DGS (2013).

O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor e o seu Programa Nacional declaram alguns princípios orientadores: avaliar a subjetividade da dor, a dor como 5º sinal vital, o direito ao controlo da dor, dever do controlo da dor e o tratamento diferenciado da dor (DGS, 2013).

Conforme inicialmente referido a exigência principal ao nível dos cuidados na prática especializada de Enfermagem prende-se com uma atuação segura, conhecedora e responsável nomeadamente no âmbito da administração e gestão terapêutica.

Os fármacos da classe dos opióides são indispensáveis para o tratamento da dor em Cuidados Paliativos e geralmente podem ser fornecidos por via oral, que é segura, eficaz e de menor custo, na globalidade dos casos. No entanto, com doentes perto do final da vida, a necessidade de vias alternativas de medicação aumenta em 70% dos pacientes que precisam de uma via não-oral para a administração de opióides (Kestenbaum, et al., 2014).

De entre as vias alternativas à via oral na administração de opiáceos tem-se a via endovenosa, a via subcutânea, a via entérica, a via transdérmica (selos transdérmicos), a via sublingual, bucal, nasal e retal. A via de eleição quando não há acesso pré-existente é a via subcutânea: apresenta resultados, por exemplo em níveis de morfina, equivalentes à via endovenosa, a potência relativa é equivalente à via endovenosa, é flexível e útil em doentes com acesso endovenoso, mas que estão a receber medicação incompatível ou nutrição parenteral total através dessa via; as complicações em termos da infeção dos tecidos puncionados é menos frequente e menos grave do que com a via endovenosa; são acessos menos visíveis e menos restritivos; e a troca de agulha subcutânea acontece por um período mais alargado, normalmente pode permanecer no lugar até uma semana, sendo gerido pelo conforto e sinais de tolerância farmacológica (Kestenbaum, et al., 2014).

De facto, durante o estágio pôde ser comprovado o benefício desta via, sendo normalmente a eleita e instituída, na procura de maior do conforto do doente. A adoção de medidas farmacológicas no alívio de sintomas é também uma competência acrescida do Enfermeiro Especialista. A intervenção também ocorreu pela aplicação de medidas não farmacológicas no alívio de sintomas, neste sentido optou-se pela aplicação do calor, aplicação de crioterapia em situações que favoreciam um controlo da dor pelo efeito anestésico do frio; a massagem corporal de relaxamento, entre outros (OE, 2008).

Na pesquisa de informação pertinente foi percecionada a novidade da via intranasal, onde se exclui as soluções de nebulização; a literatura evidencia que devido à alta vascularização da mucosa nasal, a absorção de opiáceos pode ser extremamente rápida a partir desta via, com facilidade de administração e com início rápido da ação, não ocorrendo metabolismo hepático; as contraindicações contudo revelam a possibilidade de congestão nasal e irritação local, infeção respiratória superior, alteração na função nasociliar e não se denota prevalência do uso desta via em Cuidados Paliativos (Kestenbaum, et al., 2014).

MÓDULO I – SU

No SU houve a possibilidade de prestar cuidados na sala de emergência e foram recorrentes as experiências valiosas para a aprendizagem. Os doentes que se alocam a esta sala são doentes com necessidades imediatas, vindos do exterior acompanhados por equipas extra-hospitalares, mas também aqueles que tiveram complicações durante o período de permanência na urgência e necessitam de uma abordagem urgente/emergente.

Quando os doentes provêm do exterior, é possível um tempo prévio de preparação da sala, gestão da equipa interdisciplinar para os receber e proceder a uma organização do pensamento em face da situação que foi comunicada por via telefónica, para a otimização de cuidados.

Nesta abordagem ao doente crítico foi essencial o conhecimento de determinadas normas de procedimentos e recomendações do serviço, nomeadamente o conhecimento das Normas das Vias Verdes, a Via Verde Sépsis, a Via Verde Trauma e a Via Verde Acidente Vascular Cerebral. A circulação de utentes na urgência está sujeita à implementação de normas próprias que tornem a assistência mais eficaz e segura. As "Vias Verdes" tornam mais ágil e rápido o encaminhamento/acompanhamento dos doentes, de forma a evitar ou a atenuar situações agravadas de doenças; sendo também exemplo, quando bem aplicadas de sistemas de qualidade e uma boa gestão de recursos.

A ativação das "Vias Verdes" pode ocorrer através das equipas médicas e de enfermeiros que fazem assistência extra-hospitalar, todavia também pode ocorrer no momento da triagem ou aquando da avaliação do doente, definindo assim: a via verde primária e a via verde secundária, respetivamente.

No que respeita à Via Verde Sepsis, a sua ativação está dependente de um conjunto de fatores definidos em *Manual Interno da Via Verde Sepsis Adulto*, tendo como base, nomeadamente, as recomendações da Direção Geral de Saúde. O circuito do doente traumatizado também obedece a determinadas orientações, com a ativação da equipa de trauma. Pretende-se que sejam satisfeitos um conjunto de objetivos, numa abordagem consistente e organizada ao doente politraumatizado. Na norma nº 15/1017, de 13/07/2017, da DGS, podemos encontrar os critérios definidores da Via Verde de Acidente Vascular Cerebral no adulto, com critérios de ativação/validação desenvolvidos e aprofundados. Em conclusão a definição destas "vias" facilita e torna o processo mais célere e eficaz na assistência ao doente crítico, concorrendo para a eficácia dos cuidados, a qualidade e a segurança.

Na sala de emergência foi possível a participação em situações de abordagem ao doente crítico. Realizou-se a abordagem a uma vítima politraumatizada, que conduzia sob efeito de álcool com a atuação necessária ao cumprimento dos procedimentos de ordem legal. Nesta abordagem colaborou-se na imobilização e cateterização para analgesia e sedação, acompanhando a mesma vítima aquando do transporte intra-hospitalar para a realização de técnicas auxiliares de diagnóstico. Cooperou-se no suporte imediato de vida a uma vítima proveniente do exterior em paragem cardiorrespiratória, sob manobras de suporte básico de vida e presenciou-se o momento da decisão da equipa multidisciplinar, de cessação de manobras, refletindo criticamente na idade da pessoa, os seus antecedentes e co morbilidades e o tempo que decorre desde o início da paragem cardiorrespiratória e o início de manobras em ambiente extra-hospitalar, até ao momento em que foi acolhida na sala de emergência, com continuação de suporte básico de vida, sem sucesso.

Ainda na sala de emergência, foram observados os procedimentos executados pelo Enfermeiro na monitorização do doente e pôde-se treinar a leitura eletrocardiográfica, que permitiu conhecer e ser capaz de identificar, mais facilmente, as alterações ao ritmo sinusal do traçado eletrocardiográfico; percebeu-se a importância de conhecer o material disponibilizado, de estar familiarizado com a utilização dos monitores e ventiladores para otimizar a resposta. A pesquisa de evidência científica atual sobre a abordagem ao doente crítico foi fundamental

Nesse estágio, foi ainda possível contactar com um doente portador de um Cardioversor Desfibrilhador Implantável (CDI). Este dispositivo é implantado cirurgicamente, em doentes com risco de morte súbita por determinadas arritmias cardíacas, nomeadamente a fibrilhação ventricular. O CDI proporciona uma pluralidade de tratamentos que incluem a desfibrilhação, a estimulação anti taquicardia, a cardioversão sincronizada e a estimulação antibradicardia, estando dependente da arritmia detetada e da programação do equipamento (Aehlert, 2007). A ativação deste dispositivo na taquicardia, foi possível de observar no doente que estava monitorizado. O doente relatou sentir um “formigueiro” na ativação do mesmo. A energia descarregada é visualizada com movimento do corpo, contudo não é suficiente para causar danos fisiológicos na vítima (Aehlert, 2007). A intervenção de Enfermagem baseou-se na monitorização eletrocardiográfica, que permitia prever a ativação do CDI pelo aumento gradual da frequência cardíaca. O doente em causa foi posteriormente transferido para a sala de emergência para uma atuação mais específica.

Aquando de uma paragem cardiovascular de um outro doente pôde presenciar-se o “soco” precordial. A utilização desta técnica não é consensual, porém a sua aplicação em contexto de urgência decorreu num momento de transporte intra-hospitalar de um doente, durante a troca do material portátil (desfibrilhador) para o desfibrilhador fixo na sala de hemodinâmica, pois o doente iria ser intervencionado para resolução deste problema. O soco reverteu a taquicardia ventricular. Existem algumas evidências que apontam para a conversão da taquicardia ventricular num ritmo sinusal, porém, também existe bibliografia que descreve o aumento da frequência da taquicardia ventricular e posterior conversão em assistolia ou atividade elétrica sem pulso (Aehlert, 2007).

Percebeu-se a importância da abordagem “ABCDE” ao doente crítico, aprendida na componente teórica do curso; A (*Airway*), B (*Breathing*), C (*Circulation*), D (*Disability*), E (*Exposure*) e foi possível atuar em complementaridade com a equipa na sala de emergência. A reavaliação é fundamental a cada passo, no sentido de se tomarem as melhores decisões. A alocação ao setor da cirurgia permitiu prestar cuidados ao doente do foro cirúrgico, ampliando os conhecimentos nesta área e partilhando-os com os elementos mais novos e menos experientes. Foi possível colaborar nos procedimentos de pequena cirurgia, nomeadamente na aplicação de material cirúrgico, fio de sutura, na realização de aparelhos gessados e cuidados com as imobilizações ortopédicas, o que permitiu aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos na área de ortopedia/traumatologia.

MÓDULO II – SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

O estágio no Serviço de Cuidados Intensivos permitiu apurar conceitos e práticas relacionadas com a monitorização do doente crítico bem como com a gestão de conhecimentos na abordagem ao doente com suporte ventilatório invasivo. A UCI tem uma dinâmica própria, com critérios de atuação definidos e uma equipa multidisciplinar, com apoio de médico intensivista 24 horas por dia que se articula assertivamente com a equipa de Enfermagem, também ela composta por Enfermeiros com diferentes graduações e especialidades.

O doente crítico apresenta diferentes índices de gravidade e diversas patologias e motivos de admissão, o que requer diferentes abordagens, ainda que numa lógica muito própria, isto é, de alterações graves do foro cardiorrespiratório e outros sistemas, e com perturbações da consciência; mas existem doentes politraumatizados, doentes pós-cirúrgicos, doentes com patologia aguda respiratória e renal, com necessidade de sedação e estabilização hemodinâmica e de técnicas dialíticas.

Foi possível a colaboração com a equipa médica, sob supervisão do Enfermeiro Tutor, em práticas como: punção da via arterial e venosa central, bem como na abordagem à via aérea com colocação de traqueostomia e na colocação do tubo oro traqueal. Na concretização da abordagem ao doente crítico com o aperfeiçoamento ao nível da monitorização do doente e conhecimentos na área da ventilação invasiva foi possível, após várias observações, desenvolver autonomamente e sob supervisão, a monitorização do doente ao nível dos vários parâmetros vitais, nomeadamente ao nível cardio-circulatório (monitorização eletrocardiográfica, manutenção e gestão da linha arterial) e ao nível neurológico com a aplicação do sensor *Bispectral Index* (BIS) para monitorização da sedação através da interpretação do eletroencefalograma, com valores definidos.

Os conhecimentos expandidos na área da ventilação invasiva prendem-se sobretudo com a possibilidade de ter contacto real com o material, com cânulas e sistemas de ventilação que permitiram, através da mobilização de conhecimentos prévios e do contato prático, construir novos saberes e competências técnicas. No decorrer do estágio em Cuidados Intensivos foi possível observar os diferentes modos de ventilação mecânica, os controlados e os assistidos, em volume ou pressão, na modalidade mista ou combinada.

A ventilação mecânica é um meio de suporte das funções vitais em doentes com alteração da função respiratória, ao nível das trocas gasosas e fornecimento de oxigénio e a monitorização através da leitura dos dados fornecidos é de maior importância, integrando-a

com a avaliação clínica e global do doente, no sentido de prevenir complicações e aumentando o potencial de sucesso na recuperação e readaptação da pessoa (Melo et al., 2014).

A capacidade de interpretação da resposta ventilatória do doente nomeadamente aquando do desmame de sedação e interrupção da mesma, onde variadas vezes o doente permanece no modo ventilatório de pressão assistida, permite-lhe iniciar espontaneamente a inspiração. Existem parâmetros ventilatórios a considerar na programação de determinado modo ventilatório e que são de competência médica, porém o Enfermeiro EEMC faz a avaliação das alterações significativas relacionadas com a modalidade selecionada.

Um das maiores novidades observadas na prática foi o doente com oxigenação por membrana extracorpórea (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation – ECMO*). Trata-se de uma técnica de resgate na insuficiência respiratória refratária e permite oxigenar o sangue e depurar o dióxido de carbono via ECMO veno-venoso ou ser suporte ao sistema cardíaco e respiratório usando a via veno-arterial; acima de tudo possibilita uma ventilação protetora pois minimiza a lesão pulmonar que ocorre pela ventilação mecânica (Sanchez, 2017).

O ECMO veno-venoso retira através de uma bomba ativa sangue de uma veia central e retorna o sangue oxigenado para outra veia central. O ECMO veno-arterial retira sangue venoso e devolve sangue oxigenado para uma artéria central; tudo funciona com um circuito externo, paralelo ao coração e pulmões que desempenha funções análogas (Baran, 2017).

Os circuitos ECMO têm quatro componentes principais: uma cânula de entrada, que drena sangue venoso no sistema, uma bomba que move o sangue através do sistema, um oxigenador que funciona de forma análoga ao pulmão humano e que é um sistema de membrana, trocando oxigênio e dióxido de carbono e uma cânula de retorno que devolve o sangue oxigenado para a circulação sistêmica (Baran, 2017).

Ao nível dos cuidados de Enfermagem neste tipo de doente deve ser tido em conta o risco de infeção associado, pelo que se advém de extrema importância a manutenção do sistema, com fixação do mesmo e manuseamento, sempre com a assepsia requerida; a termorregulação alterada, pela circulação extracorpórea, mantendo a temperatura axilar nos parâmetros definidos; as trocas gasosas estão também comprometidas pelo que se exige um controlo de oximetria e capnografia, com otimização do suporte de oxigênio; o risco de desequilíbrio de volume de líquidos relacionado com a falha de mecanismos reguladores pelo que é necessário a realização de balanço hídrico, com prevenção e controlo hemorrágico e controlo de eletrólitos; a perfusão tecidual está alterada pelo transporte prejudicado de oxigênio, pelo que é importante a vigilância das extremidades e aquecimento dos membros

se necessário; os autocuidados: higiene corporal, vestuário, posicionamento alterados com dependência total de terceiros uma vez que a mobilidade está comprometida pelo risco de comprometimento do sistema, com risco hemorrágico associado, além de que o doente se encontra normalmente sedo-analgesiado (Costa et al., 2011). Os cuidados desenvolvidos, enquanto futura Enfermeira Especialista, foram ao encontro das intervenções supracitadas, nomeadamente, relativamente ao aquecimento dos membros, com manutenção da perfusão tecidual, recorreu-se a ligaduras de algodão a envolver o membro, sempre com a vigilância das extremidades periféricas.

No planeamento de cuidados ao doente em ECMO estas intervenções foram executadas e foi realizado, por diversas vezes, um plano de cuidados mental com o Enfermeiro Tutor no sentido de priorizar atividades e estruturar a ação junto do doente. Esta ação possibilitou uma integração do Processo de Enfermagem, com atenção aos focos de Enfermagem, formulando diagnósticos e derivando em ações inerentes ao cuidado especializado; foi possível a avaliação do resultado de Enfermagem, em partilha com o Enfermeiro tutor, percebendo as oportunidades de melhoria no cuidado, para implementação futura – favorecendo a ação especializada do Enfermeiro em EMC.

O conhecimento desenvolveu-se pela aquisição de competências no que concerne à aplicação de escalas comumente utilizadas em Cuidados Intensivos e em vigor no serviço - *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) e *Behavioral Pain Scale* (BPS). Ao longo do estágio pôde ser desenvolvida a aplicação das mesmas, concluindo-se que a sua aplicação exige treino, uma vez que as escalas contêm itens que necessitam de ser previamente compreendidos para que a sua aplicação seja a correta. Nas duas grandes salas de prestação de cuidados encontram-se afixadas as tabelas dessas escalas o que permitiu assim uma orientação e apoio na utilização das mesmas.

A BPS, escala comportamental de dor, determina o nível de dor nos doentes críticos e inclui 3 *itens* comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), sendo a escala recomendada pela Sociedade de Cuidados Intensivos como a mais indicada para doentes sedados e ventilados e incapazes de comunicar; ainda se utiliza a escala numérica quando a consciência do doente o permite (Grupo de Avaliação da Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

A dor é um fator importante a ser gerido no cuidado ao doente crítico. Este doente experiencia a dor agravada pela dificuldade em comunicar, pelo medo e pela ansiedade, tendo impacto no seu estado geral através de alterações manifestadas ao nível da consciência,

circulação, do sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, et al., 2008).

Enquanto futura Enfermeira Especialista, perante este conhecimento, pude avaliar e desenvolver estratégias para o tratamento da dor, controlando-a eficazmente e diminuindo o risco de complicações no doente, sendo esta uma competência do Enfermeiro EEMC (OE, 2010); junto do Enfermeiro tutor foi realizada a gestão da terapêutica analgésica instituída em SOS, o ritmo de perfusões de analgesia para obter uma avaliação positiva, com intervalos instituídos pelo médico na aplicação de escalas e, em conjunto com outros profissionais, analisar qual a melhor estratégia analgésica para o doente, permitindo um ajuste terapêutico no planeamento do controlo eficaz da dor.

Na determinação da agitação foi aplicada a RASS, escala de agitação e sedação de *Richmond*, que determina uma pontuação que vai de -5 a +4, sendo que a pontuação máxima corresponde ao doente agressivo, combativo, perigoso, violento e a pontuação mínima diz respeito ao doente incapaz de ser despertado, que não responde ao estímulo tátil ou da voz (Barr, et al, 2013).

Ao nível da ansiedade e do stresse a aplicação de métodos de análise e avaliação dos mesmos pressupõem um doente cognitivamente capaz de responder a questões, ainda que a maior parte das perguntas sejam de ordem simples, o que limitou a sua utilização.

O inventário de ansiedade estado-traço de *Spielberger* (STAI – *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*) é um dos instrumentos que permite avaliar a ansiedade, todavia é um instrumento com bastantes itens para preencher o que dificulta a sua aplicação em doentes ventilados e com a comunicação limitada (Chlan, 2004).

A Escala de Faces de Ansiedade surge no sentido de colmatar as limitações da escala anterior e valida-se como sendo uma das escalas de ansiedade com maior facilidade de aplicação nos doentes críticos; é representada por faces que expressam a sua intensidade onde o doente apenas tem que apontar ou anuir ao número da face que o representa (McKinley, Coote, & Stein-Parbury 2002). A sua limitação é também perceptível, uma vez que pressupõe um doente acordado e capaz de comunicar verbalmente ou através de gestos.

Relativamente à avaliação do stresse refere-se *The Environmental Stresseor Questionnaire (ESQ)* que é uma versão simplificada do questionário *The intensive Care Unit Environmental Stresseor Scale (ICUESS)*. Porém, novamente a sua aplicação só é possível em doentes cognitivamente capazes (Ângelo Rosa, et al., 2010).

O conhecimento das várias escalas e a implementação direta de outras, como a BPS e a RASS possibilitou, enquanto futura Enfermeira especialista desenvolver uma prática

fundamentada no conhecimento atual, numa abordagem mais completa, promovendo a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Em síntese desenvolveu-se a **competência**: *“Adquirir competências na abordagem ao doente paliativo e crítico, com o controlo da sintomatologia, apurando conceitos e desenvolvendo processos próprios de cada área de atuação”*.

3. CONCLUSÃO

Neste momento da etapa académica existe um caminho de estudo e de aplicabilidade de temas com interesse pessoal e de relevo à Enfermagem como disciplina. O "saber" justificado, transmitido e partilhado, alicerçado em evidências científicas, é a face de uma Enfermagem que é disciplina, que a diferencia das outras áreas do conhecimento, trazendo nesse sentido, um acréscimo ao que os outros podem dar. Contudo, não deveremos esquecer que a Enfermagem é recheada de valor "humano", reconhecendo o valor dos cuidados humanizados, sensíveis que a caracterizam face às outras áreas dos cuidados de saúde.

Este documento permitiu analisar o caminho realizado, na prestação de cuidados de Enfermagem, refletidos e fundamentados, que suportem a atividade do Enfermeiro Especialista. Assim, através de um conhecimento atual e estruturado, a execução da unidade curricular – estágio em EMC concretizou a mobilização e adequação do conhecimento e capacidades, bem como a aquisição de competências do foro científico, técnico, humano e relacional na prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico e com necessidades paliativas.

As múltiplas oportunidades de aprendizagem suscitadas pelos locais de estágio, pelos Enfermeiros Tutores e pela equipa multiprofissional facilitaram o desenvolvimento de competências intrínsecas ao Enfermeiro EEMC, o autoconhecimento e a avaliação sistemática das melhores práticas de cuidados.

No âmbito do estágio em Cuidados Paliativos o desenvolvimento da proposta de protocolo de acompanhamento no luto, englobando a sugestão da “carta de luto”, possibilitou, primeiro a nível pessoal, um enriquecimento e dotação face ao tema, e em segundo a sensibilização da equipa multiprofissional face a esta medida de valor, no apoio ao luto e à perda. A participação no Seminário, com a apresentação do *poster* marcou o trajeto do desenvolvimento de competências pessoal, uma vez que assumindo-se como um desafio proposto pela Professora orientadora objetivou o esforço e o trabalho previamente empreendidos na consecução deste projeto de melhoria na prestação de cuidados ao doente/família em CP.

A família, na abordagem em CP, é integrada, ouvida, apoiada nos processos e nas perdas que acontecem antes da morte; são reforçados vínculos, laços entre doente/família/equipa

neste processo de fim de vida pelo que o acompanhamento depois da morte do familiar se torna essencial. Esta lógica preconiza-se no âmbito de cuidados paliativos, que se querem próximos e ativos no envolvimento e apoio à família. O acompanhamento no luto através do envio da “carta de luto” é por isso uma das formas de manter a ligação terapêutica com a família e proporcionar um suporte mais eficaz na vivência deste processo. Acredita-se ser um contributo válido para a equipa multiprofissional, tendo proporcionado momentos de reflexão acerca do tema, sempre frutíferos pela partilha de vivências e experiências que originaram, porém reconhece-se que há um longo caminho de investimento nesta área.

No âmbito do doente em situação crítica, com os estágios em SU e SCI refletiu-se acerca da diferenciação de cuidados proporcionados pelo Enfermeiro Especialista em EMC. Conquanto é importante referir que a abordagem ao doente é distinta em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos, uma vez que se pressupõe uma atuação distinta, de cuidados experienciados em cada área.

No Serviço de Urgência a atuação prima por uma intervenção ágil e rápida do Enfermeiro, não descurando as necessidades psíquicas e espirituais do doente. A presença e colaboração em sala de emergência alertaram para o imperativo de uma equipa treinada e dinâmica, com competências definidas e experienciadas, capaz de dar resposta às situações agudas e complexas de doença.

O contributo dado permitiu colmatar uma necessidade ao nível da gestão dos cuidados, permitindo uma orientação e estruturação da ação global do Enfermeiro que inicia funções e se depara perante a novidade destes cuidados e da complexidade organizacional e funcional do Serviço de Urgência. Acredita-se que o manual de acolhimento e integração possa ser uma ferramenta útil ao processo de gestão de cuidados com vista à sua qualidade e segurança, conforme é competência do Enfermeiro Especialista.

No Serviço de Cuidados Intensivos, no processo de doença torna-se fulcral o conhecimento de normas e protocolos que facilitem e reproduzam uma ação capaz e segura de Enfermagem. O doente com perda total de autonomia surge no centro dos cuidados, que são revestidos de inúmeros fatores que potenciam a sua fragilidade. O doente não pode comunicar, experimenta a dor, está num ambiente desconhecido, vive e é exposto a um sem número de situações que o tornam ainda mais vulnerável. O estudo de caso desenvolvido surge como oportunidade de melhoria dos cuidados, uma vez que expôs o conhecimento de fatores importantes, que podem ser avaliados e sobre os quais se pode atuar na promoção de cuidados ao doente crítico, que mitiguem a ansiedade, o medo e a dor. O estudo de caso permitiu valorizar a ação autónoma de Enfermagem, através da partilha com o Enfermeiro

tutor, equipa e Professora Orientadora, no desenvolvimento de um papel dinamizador, na criação de um ambiente terapêutico propício à evolução clínica favorável do doente crítico. Este documento possibilitou através dos objetivos delineados, das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas realçar o papel fulcral do Enfermeiro Especialista em EMC, no cumprimento da ética e deontologia profissional, atuando sempre com responsabilidade, na promoção da qualidade e de programas de melhoria, favorecendo meios seguros de prática, na gestão de recursos, otimizando os meios humanos e técnicos e no desenvolvimento pessoal e profissional, com as aprendizagens ao nível do doente crítico e paliativo.

A nível pessoal a atividade que resultou neste documento viabilizou a compreensão do conceito de vulnerabilidade inerente ao doente paliativo e em fim de vida e ao doente crítico. De facto, as reflexões formais e informais tomadas junto da Orientadora, do Tutor e das equipas dos diversos estágios potenciou o progresso teórico relativo ao tema e a sua incorporação no contexto de cuidados.

A capacidade de desenvolver o conceito de vulnerabilidade mostrou-se algo desafiante; ora pela limitação do tempo, ora pelas oportunidades de carácter técnico que deviam ser aproveitadas. Todavia a compreensão de que o cuidado humano se reveste sempre deste conceito está explícita, pois as experiências humanas de doença são tão intensas que fomentam a vulnerabilidade intrínseca a cada indivíduo. A reflexão realizada a este nível permite entender os campos vastos e as áreas específicas que o tema acomete. O Enfermeiro Especialista, com esta consciência, desenvolve um método mais eficaz na resolução dos problemas enumerados ao longo do relatório, permitindo uma prática centrada no respeito pela autodeterminação e dignidade da pessoa, com vista a cuidados de excelência.

As limitações sentidas no percurso académico foram resultado do encontro com áreas de atuação onde os cuidados implicam uma abordagem complexa, com a gestão de tempo disponibilizado à consecução das atividades, pelo que a exigência pessoal e o método sistemático de trabalho se revelaram importantes para o sucesso deste percurso.

A multiplicidade de situações e experiências e a necessidade de uma análise reflexiva sintetizada conduziu igualmente à sensação de que poderiam ter sido explanadas outras vertentes do conhecimento e da prática, porém foram destacados os aspetos que se refletiram mais marcantes e essenciais no processo de aquisição de competências no âmbito da EMC. No futuro, com esta especialidade, pretende-se desenvolver uma prática baseada em princípios de evidência científica aliada à investigação, com aplicação dos conhecimentos na resolução de novos problemas e de competências sustentadas que possibilitem de modo

auto-orientado ou autónomo tomar decisões congruentes e sustentadas no decurso da vida profissional, para a melhoria dos cuidados ao doente crítico e paliativo.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aehlert, B. 2007. Emergências em Cardiologia - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. s.l. : Elsevier.

Araujo, M. & Silva, M. 2012. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto contexto - Enfermagem. Março, Vol. 21, pp. 121-129.

Baile W.K.; Buckman R.; Lenzi R.; Glober G.; Beale E. A.; Kudelka A.P. 2000. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, pp. 302-311.

Baran, D. 2017. Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) and the Critical Cardiac Patient. *Current Transplantation Reports*. Julho, pp. 218-225.

Barbosa, A. 2016. Ser Pessoa, Vulnerabilidade e Sofrimento/ Agir Responsável e Decisões em Fim de Vida. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*, pp. 665-690, 691-736.

Barr, J.; Fraser, G.; Puntillo, K.; Ely, E.; Gélinas, C.; Dasta, J.; Davidson, J.; Devlin, J.; Kress, J.; Joffe, A.; Coursin, D.; Herr, D.; Tung, A.; Robinson, B.; Fontaine, D.; Ramsay, M.; Riker, R.; Sessler, C.; Pun, B.; Skrobik, Y. & Jaeschke, R. 2013. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal*, pp. 263-306.

Baumgarten, M. & Poulsen, I. 2014. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Bento, M. 2017. Identificação e intervenção sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade do doente crítico – Tese de Mestrado.

Capelas, M.; Coelho, S.; Silva, S. & Ferreira, C. 2017-a. Cuidar a Pessoa que Sofre – Uma Teoria de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora, Junho.

Capelas, M.; Coelho, S.; Silva, S.; Ferreira, C. & Torres, S. 2017-b. O Direito à Dignidade – Serviços de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora, Novembro.

Carneiro, A. 2008. In A. S. Carvalho. Bioética e Vulnerabilidade. Coimbra : Almedina.

Castro, C. & Botelho, M. 2017. The Experience of the Persons with Critical Condition Hospitalized in an Intensive Care Unit. Journal of Nursing. September, pp. 3386-3394.

Chaves, E. 1995. Avaliando o turnover e o absentismo em serviços de enfermagem hospitalar -Tese de Mestrado em Administração.

Chlan, L. 2004. Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. Journal of Advanced Nursing, pp. 493-499.

CHVNGE, Grupo Via Verde Sépsis. 2016. Manual Via Verde Sépsis Adulto.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2017. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

Conselho Internacional de Enfermeiros. 2007. Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho=Cuidados de Qualidade. s.l. : Ordem dos Enfermeiros.

Da Silva, D.; Santos, E. & Oliveira, J. 2009. Atuação do Nutricionista na Melhora da Qualidade de Vida de Idosos com Câncer em Cuidados Paliativos. Mundo da Saúde, São Paulo, pp. 358-364.

Direção-Geral de Saúde. 2005. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa : Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde. 2006. Melhorar o Ambiente Organizacional em Prol da Saúde dos Profissionais - Circular Normativa.

Dithole, K.; Thupayagale-Tshweneagae, G.; Akpor, O. & Moleki, M. 2017. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. BMC Nursing.

Donabedian, A. 2002. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. s.l. : Oxford University Press, 2002.

Eberhardie, C. 2002. Nutrition Support in Palliative Care. Nursing Standard, pp.47-52.

Fernandes, L. 2010. Cuidar o Doente Crítico – Tese de Mestrado. Porto.

Fernandes, O. 2013. Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de Competências na Integração de Novos Enfermeiros - Tese de Mestrado. Porto.

Gélinas C.; Chanques G & Puntillo K. 2014. In pursuit of pain: recent advances and future directions in pain assessment in the ICU. Intensive Care Med. April.

Grupo de Avaliação da Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. 2016. Plano Nacional de Avaliação da Dor. s.l. : Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016.

Haggstrom, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. 2012. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? Intensive and Critical Care Nursing, pp. 224-233.

Holmes, S. 2010. Importance of Nutrition in Palliative Care of Patients with Chronic Disease. Nursing Standard, pp. 48-56.

Hopkins, K. 2004. Food for Life, Love and Hope: an Exemplar of the Philosophy of Palliative Care in Action. Proceedings of the Nutrition Society, pp. 427-429.

Kentish-Barnes, N., Chevret, S. & Azoulay, E. 2016. Impact os the Condolence Letter on the Experience of Bereaved Families after a Death in Intensive Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*.

Kestenbaum, M.; Vilches A.; Messersmith S.; Connor S.; Fine P.; Murphy B.; Davis M. & Muir J. 2014. Alternative Routes to Oral Opioid Administration in Palliative Care: A Review and Clinical Summary. *Pain Medicine*. Vol. 15, pp. 1129-1153.

Kusano, A.; Kenworthy-Heinige, T. & Thomas, C. 2012. Survey of Bereavement Practices of Cancer Care and Palliative Care Physicians in the Pacific Northwest United States. *Journal of Oncology Practice*, pp. 275-281.

La Calle, G.; Martin, M. & Nin, N. 2017. Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, pp. 9-13.

Machado, A., Machado, D. & Portugal, M. 2014. *Organizações - Introdução à Gestão e Desenvolvimento das Pessoas*. Lisboa : Escolar Editora, 2014.

McKinley, S., Coote, K. & Stein-Parbury, J. 2002. Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 73-79.

Meleis, A. 2010. *Transitions Theory Middle-Range And Situation - Specific Theories in Nursing Research and pratice*. New York : Springer Publishing Company.

Meleis, A. & Trangenstein, P. 1994. *Facilitating Transicions: Redefinition of the Nursing Mission.*, Nursing Outlook.

Merel, S.; Stafford, M.; White, A.; Fligner, C.; Amory J. & Hagman, M. 2015. Providers' Beliefs about Expressing Condolences to the Family of a Deceased Patient: A Qualitative and Quantitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 217-224.

Morris, S. & Block, S. 2015. Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institutional Bereavement Program. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 915-922.

Novaes, M.; Knobel E.; Bork, A.; Pavão, O.; Nogueira-Martins L. & Ferraz, M. 1999. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med.* October de 1999.

Pinho-Reis. C. 2012. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutricias*, nº15. Outubro-Novembro, pp. 24-27

Reis, P. & Pinto, I. 2012. Intervenção Nutricional na Esclerose Lateral Amiotrófica - Considerações Gerais. *Revista Nutricias*, pp. 31-34.

Rosa, B.; Rodrigues, R.; Gallani, M.; Spana, T. & Pereira, C. 2010. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 627-635.

Oliveira, J. 2013. Comunicação em Cuidados Paliativos – a Informação como um Processo e não como um Ato. *Revista Ciências em Saúde*. Vol. 3, pp. 46-55.

Ordem dos Enfermeiros. 2008. Dor - Guia Orientador de Boa Prática.

Renaud, M. 2008. In A. S. Carvalho. *Bioética e Vulnerabilidade*. Coimbra : Almedina.

Riley, J. 2004. *Comunicação em Enfermagem*. s.l. : Lusociência.

Sanchez, M. 2017. Ventilación mecánica em pacientes tratados con membrana de oxigenación extra-corpórea (ECMO). *Medicina Intensiva*.

Silva, L.; Machado, R.; Silva, V. & Posso, M. 2013. Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Enfermeria Global*. Outubro, pp. 104-118.

Szokol, J. & Vender, J. 2001. Anxiety, Delirium, and Pain in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*. October, Vol. 17, pp. 821-842.

Tappen, R. 2001. Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática. Loures : Lusociência.

Twycroos, R. 2003. Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Climepsi Editores.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. 2008. Enfermagem de Cuidados Intensivos. 5ª Edição. s.l. : Lusodidacta.

Vieira, M. 2002. A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro - Tese de Doutoramento. Lisboa.

Vincent, J.; Shehabi, Y.; Walsh, T.; Pandharipande, P.; Ball, J.; Spronk, P.; (...) & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. Intensive Care Med.

Watanabe, S., Beaumont, C. & Nekolaichuk, C. 2012. The Edmonton Symptom Assessment System, a proposed tool for distress screening in cancer patients: development and refinement. Psycho-Oncology, pp. 977-985.

WHO. World Health Organization. Definition of Palliative Care.

Legislação Portuguesa

Decreto-Lei nº48/95 de 15 de março, com as alterações introduzidas pela Lei nº16/2018, de 27 de março, do Código Penal.

Lei nº33/2009, de 14 de julho. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª série. n.º134.

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série. n.º 35.

Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série. n.º 35.

Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro (2014). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série. nº233.

Regulamento n.º 188/2015, de 22 de abril (2015). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Diário da República, 2.ª série, n.º 78.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril.

5. APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – Proposta de Protocolo de Acompanhamento no Luto,
num Serviço de Cuidados Paliativos**

Enquadramento

O presente protocolo foi desenvolvido no âmbito do estágio Módulo III, na área opcional de Cuidados Paliativos, do 10º curso de Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Resultou do trabalho de investigação académica da aluna Ana Rita Fonseca, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho e da formação/partilha realizada durante o estágio com a equipa interdisciplinar. Pretende-se com o mesmo valorizar a assistência no luto, nomeadamente através de uma carta, que proporciona uma ligação terapêutica e um suporte mais eficaz na vivência de luto, a enviar pela equipa de cuidados à família/cuidador informal após a morte do familiar significativo, em *timing* a ser definido pela mesma.. A família e o cuidador informal poderão por vezes sentir-se "abandonados" pela equipa multidisciplinar logo após a morte do familiar significativo. Esta carta permite a continuidade do acompanhamento e reforçar os vínculos e laços estabelecidos, que ajudam na readaptação familiar e social e prevenção do luto patológico.

Introdução

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Direcção Geral de Saúde - Conselho Nacional de Oncologia, 2005 p. 8) existem componentes essenciais intrínsecos aos mesmos: *"o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade."*

Um dos pilares de uma boa abordagem paliativa é o cuidado pela família, nomeadamente após a morte do familiar. As diretrizes internacionais para a qualidade dos cuidados paliativos propõem, entre outros, que estes cuidados se definem pelo apoio às famílias durante a doença do familiar, após a morte e durante o processo de luto. (*Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde preconiza o acompanhamento no luto, numa prática avançada em cuidados paliativos, referindo não ocorrer um término nos cuidados paliativos com a morte do doente mas que estes se prolongam no suporte aos membros da família a lidar com a perda.

Tendo em conta as reações e os processos de luto vivenciados pelas famílias, que acarretam mudanças significativas relacionadas com a perda e com transições de vida; a assistência no luto é um tema que necessita de estar incluído nas políticas e dinâmicas dos serviços de cuidados paliativos e trabalhado pelos profissionais. De acordo com a abordagem paliativista, de cuidados ativos e dinâmicos, coordenados e globais que englobam o apoio ao doente e à família sendo esta também um foco do cuidar (Direcção Geral de Saúde - Conselho Nacional de Oncologia, 2005).

Os critérios de qualidade da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006) enumeram que o apoio ao luto deverá ser suportado por um plano específico e personalizado. E é esse mesmo critério que norteia este documento. Nesse sentido a

assistência no luto surge de uma importância individualizada e fulcral nesta mesma diferenciação e especialização de cuidados. Assistir a família no luto é promover um suporte ativo e dirigido para as necessidades específicas de cada família atendendo a cada situação vivenciada.

Objetivo

O processo de luto não se inicia apenas quando o doente morre, devendo acontecer um conjunto de intervenções continuadas de preparação para a perda. Esta antecipação é crucial para a organização da vida familiar e para a redefinição de papéis, de acordo com as necessidades que a família apresenta (PARKES, 1999). Toda a família deve ser alvo de apoio mas é o cuidador informal que deve receber uma maior atenção, no sentido de se criar uma aliança terapêutica, com intervenções concretas, efetivas e eficazes.

O objetivo principal é prestar apoio no luto à família antes e após a morte do doente, nomeadamente através do envio da carta de luto. Este apoio vai ocorrer através de uma intervenção profissional, acompanhada e revalidada sempre que necessário.

Planeamento

Antes da morte do doente

- Identificar as necessidades da família
- Proporcionar apoio emocional
- Promover o conforto do doente em fim de vida e família
- Promover estratégias que possibilitem lidar com as perdas que acontecem antes da morte do doente:
 - ✓ Facilitar a discussão clara e franca acerca da doença, ajudando a reorientar prioridades
 - ✓ Gerir expectativas, desmistificar mitos ou ideias erradas (ajustar os conceitos ou ideias da família à situação a vivenciar)
 - ✓ Facilitar a expressão de medos, pensamentos e sentimentos
 - ✓ Auxiliar e orientar nas questões burocráticas e do foro legal
 - ✓ Explicar o que poderá acontecer em termos fisiológicos (fase agónica...)
- Avaliar os desejos para o fim de vida da pessoa/família
- Avaliar e registar os fatores de risco para um luto complicado (relações interpessoais, proximidades, fatores pessoais e psicossociais e circunstâncias da morte)

Depois da morte do doente

1. No internamento
 - Estar presente, dar apoio emocional
 - Respeitar o papel e reação de cada elemento da família

- Facilitar a adaptação à perda
 - ✓ Falar sobre os procedimentos habituais após o falecimento e esclarecer dúvidas
 - ✓ Falar sobre o processo de luto, as suas fases e características
 - ✓ Envolver a família no apoio mútuo

- Envio da Carta de Luto
 - ✓ Preconiza-se uma carta personalizada quando o tempo de internamento e a relação estabelecida assim o permite; se o tempo de internamento for curto e não houver memórias significativas dá-se preferência a um "cartão de condolências", embora menos pessoal.
 - ✓ Não se estabelece um *timing* específico para o envio da carta, uma vez que cada família é única e o processo de luto é experienciado de diversas formas. Cabe à equipa, em reunião, decidir sobre a pertinência de tempo para o envio da carta, tendo em conta a sua avaliação e registos prévios.

GUIDELINES PARA O CONTEÚDO DA CARTA DE LUTO
<i>Reconhecer a perda e usar o nome da pessoa falecida;</i> deste modo definimos o propósito e o carácter que queremos dar à carta. Usar o nome da pessoa cria uma memória positiva, sentido quase como um "tributo" e favorece a empatia e o sentimento de conforto.
<i>Expressar simpatia e apoio;</i> lembrar que neste processo de luto a família não está sozinha e os sentimentos de tristeza e perda também são partilhados pela equipa.
<i>Lembrar qualidades/atributos/características</i> que são afáveis à família e que permitem uma memória especial da pessoa falecida.
<i>Lembrar a forma como aquela pessoa vivenciou a sua fase final de vida,</i> podendo encerrar momentos de reconciliação e crescimento pessoal, reconhecendo que o doente vale e valeu por quem é, até ao fim. Pode-se também tentar capturar como aquela pessoa tocou a vida da equipa pela sua história de vida.
<i>Relembrar a pessoa enlutada das suas forças,</i> da forma como acompanhou e viveu a fase final de vida do familiar, superando medos. Relembrar o seu próprio valor pessoal, reforçar a sua resiliência disponibilidade, competência. Pode-se até mencionar a fé e as crenças pessoais para valorizar e capacitar o enlutado nesta nova fase.
<i>Oferecer ajuda mas sendo específico</i> através de um contacto ou de um serviço permanente. Saber que o apoio continua depois do familiar falecer, proporciona à pessoa enlutada uma "alegria" franca, reconhecendo que a simpatia e o apoio prestados antes da morte se prolongam depois.
<i>Terminar com palavras e expressões de simpatia</i> e reconhecimento.

(Adaptado de *Fast Facts and Concepts, Journal of Palliative Medicine, 2003*) (RON WOLFSON, et al., 2003)

Bibliografia

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. 2006. *Critérios de Qualidade de Serviço em Cuidados Paliativos - Recomendações da APCP.* Porto, Portugal : APCP, 2006.

Bedell, S., Cadenhead, K. & Graboys, T. 2001. The Doctor's Letter of Condolence. *The New England Journal of Medicine.* nº15, 2001, Vol. 344.

Direcção Geral de Saúde - Conselho Nacional de Oncologia. 2005. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos.* Lisboa : Direcção Geral de Saúde, 2005.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2009. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pittsburg, USA.

Parkes, C. 1999. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* New York, USA : Oxford University Press, 1999.

Pereira, Inês Catarina Oliveira. 2014. *Tese de Mestrado - Na perspectiva do Cuidador Enlutado.* Lisboa : Universidade de Lisboa, 2014.

Wolfson, R. & Menkin, E. 2003. Fast Facts and Concepts - Writing a Condolence Letter. *Journal of Palliative Medicine.* 2003, Vol. 6, 1.

Silva, J. 2012. *A morte e o morrer entre o lugar e o deslugar.* Porto : Edições Afrontamento, 2012.

APÊNDICE 2 – Quando Termina a Responsabilidade no Cuidar?
Apresentação de Diapositivos

A apresentação que se segue foi exposta no âmbito do estágio módulo III – Cuidados Paliativos, à equipa de Enfermagem e multidisciplinar, individualmente, no seguimento do processo de ação relativo à proposta de acompanhamento no luto, com recurso ao envio da “carta de luto”. Pretende a reflexão dos pares para a importância do acompanhamento no luto e a identificação dos benefícios da “carta de luto”.

Quando termina a responsabilidade no cuidar?

Uma reflexão na vivência do Luto em Cuidados Paliativos



Trabalho desenvolvido no âmbito do 10º Curso de Mestrado Profissional em
Enfermagem do ICS-Porto da Universidade Católica 2016/2017

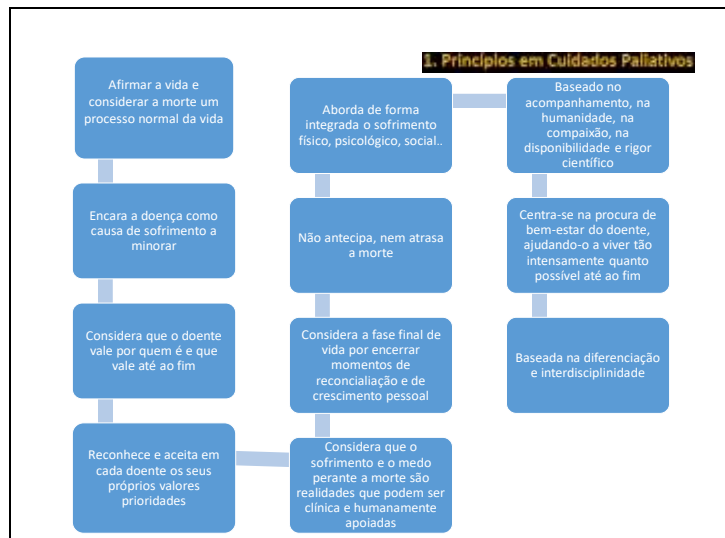
Por *Ana Rita Fonseca*
Sob Orientação da Professora *Patrícia Coelho*

Sumário

1. Directrizes do Plano Nacional de Cuidados Paliativos – princípios
2. Suporte ao Indivíduo em fim de vida e Família
3. Assistência no Luto
 - a) Modelos de Luto
 - b) Importância da Comunicação
 - c) “Carta de Luto” – Refletir para agir

“... os cuidados paliativos podem... ser a expressão mais forte da hospitalidade hospitalar..”

(José Silva, 2012)



2. Suporte ao indivíduo em fim de vida e Família

“... os cuidados paliativos inscrevem-se ... nessa dinâmica de redescoberta do humano em toda a sua densidade, desde o nascer ao morrer...”

(José Silva, 2012)

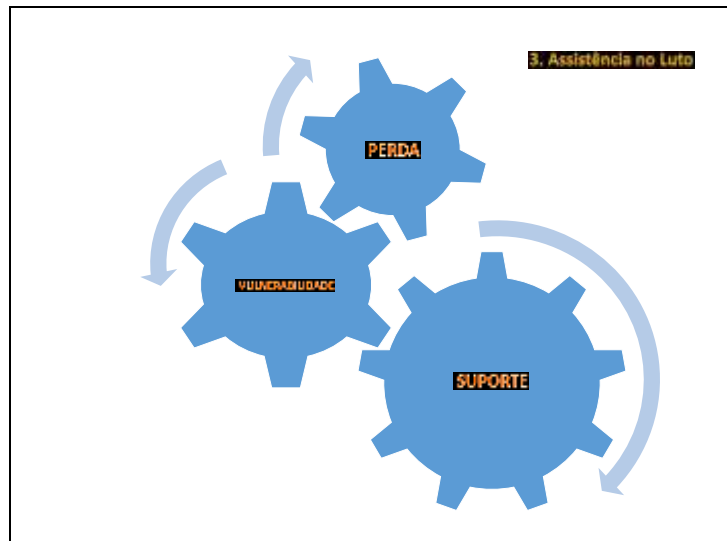
2 momentos

- ✓ Regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios
- ✓ Reorganização familiar após o óbito

3. Assistência no Luto

“Desde o nascimento somos treinados por meio da vivência de perdas e mortes simbólicas a nos aproximarmos da noção de finitude. No entanto, o condicionamento pelo não-perder é imperativo: não podemos perder a hora, o controle da nossa rotina e não admitimos sequer deixar de ganhar uma competição.”

(Manual de Cuidados Paliativos, 2002)

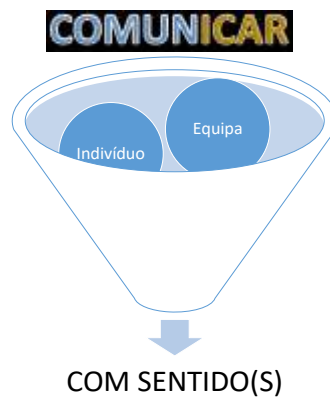


3. Assistência no Luto
a) Modelos de Luto
- Modelo de Fases
 - Fases do luto (Parkes)
 - Entorpecimento (choque, negação parcial da perda)
 - Procura e imobilização (hiperatividade, incapacidade de concentrar-se, ruminatórias mas também perda de interesse)
 - Depressão (apatia e desespero)
 - Recuperação

3. Assistência no Luto
a) Modelos de Luto

- Modelo de Estádios
- Os estudos partem do acompanhamento de doentes oncológicos no período terminal de Vida
- Estádios de enfrentamento da morte (Ross)
 - Negação e isolamento
 - Raiva e protesto
 - Negociação
 - Depressão
 - Aceitação

3. Assistência no Luto
b) Importância da Comunicação



“... O médico que cuidou do meu marido durante meses nunca me contactou para me dar os sentimentos... O meu cão morreu e o veterinário enviou-me um cartão de condolências...”

(Adaptado da língua inglesa do artigo
“The Doctor’s Letter of Condolence”)

“CARTA DE LUTO”

O que nos mostra a evidência científica...

- A [redacted] é um gesto “simples” que demonstra o sentimento de “cura” de uma família enlutada; pode ter um efeito muito positivo no processo de luto e ajudar a família a encarar o futuro
- Uma boa carta tem dois objectivos principais recordar a pessoa falecida e ser fonte de conforto para a família
- Um ato final de bondade e simpatia; a família aprecia este gesto que demonstra que a equipa “perdeu” tempo a recordar e a escrever uma mensagem personalizada

"CARTA DE LUTO"

O que nos mostra a evidência científica...

- É um importante reflexo dos cuidados de proximidade e diferenciados
- É uma "oferta", um gesto concreto que o receptor pode rever uma e outra vez, uma "boa" memória
- As "melhores" [redacted] são aquelas que retratam uma [redacted] genuína, onde o vocabulário é cuidado mas de um sentido espontâneo, verdadeiro
- É uma "responsabilidade" profissional

"CARTA DE LUTO"

O que nos mostra a evidência científica...

- A ausência de uma [redacted] pode trazer desapontamento para a família relativamente à equipa
- A falha da [redacted] é mais do que uma simples [redacted], intencionalmente ou não transmite [redacted] uma falta de compreensão/indiferença com a perda da família
- A [redacted] cria laços e influencia futuros [redacted]
- Não há estudos que comprovem o *timing* perfeito e exato para o fazer

"CARTA DE LUTO"

O que dizer...

Como escrever...

- Reconhecer a perda e escrever o nome da pessoa falecida, demonstrando proximidade e conhecimento da situação
- Deve incluir memórias do paciente ou algo que o torna singular e que foi conhecido durante o internamento, reconhecer as características /qualidades/atributos mais apreciados
- Descrever "em detalhe" a relação construída entre indivíduo/família/equipa ou ser uma "pequena expressão" de simpatia
- Relatar o relacionamento significativo construído até à morte e lembrar a família desse vínculo criado

"CARTA DE LUTO"

O que dizer...

Como escrever...

- Expressar bondade e solidariedade
- Relembrar o privilégio de poder cuidar, de poder confortar
- Elogiar a força e forma como a família vivenciou o processo de morte – esta memória pode ser significativa para lidar com outros momentos difíceis no futuro
- Evitar comparações com outras situações, pensar saber como se sente a família
- Mostrar disponibilidade, sendo específico quanto aos meios que pode utilizar, mostrar presença e dar continuidade ao apoio no processo de luto

Se não existe informação suficiente para escrever uma Carta de Condolências, se o tempo de internamento foi curto e não houve espaço para criar laços e memória, não prefiro se enviar uma pequena nota de simpatia. São comunicações mais curtas que podem ser escritas em pequenos cartões manuais ou adicionadas a um cartão comercialmente disponível.

(Fast Facts and Concepts in
JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, 2003)

Dear (Recipient),

I wanted to invite all of you together to let you know how saddened I was to hear of (the deceased) passing. I know the hat brought nothing but sadness to all of you, and I hope you know that there are so many people around who want to help.

(The deceased) was (kind description of the deceased). (He/she) cared about (family, work, community, etc.), and (he/she) will be sorely missed. I know each of you is mourning independently, but I hope you will also rely on one another to get you through this. No one knows (the deceased) better, so sharing stories and memories with each other can only help. It might be painful at first, but once you start laughing about (the deceased doing something funny, quirky, etc.), I hope you'll realize that you're starting to feel a little better.

I will gladly do my best to step in for (the deceased) at (something the deceased would have been scheduled to do). If you'll let me, or I can help in any other way. Please, please do not hesitate to call if you need anything.

Sincerely regards,

(Sender)

Dear _____

I was very saddened to hear of the death of Mr. _____. Please accept my sincerest sympathy on this terrible loss. I will always remember Mr. _____ for his wonderful sense of humor every time I saw him at my office. He would repeatedly refer to himself as "the old codger" or "the tin man" and would always play to the part.

acknowledge the loss and the name of the deceased; express your sympathy; add special qualities of the deceased; recall a memory of the deceased

Mrs. _____ I sincerely admire how competent you were in providing excellent care for Mr. _____ as his health declined. I was impressed by your devotion to him throughout his lengthy illness.

praised the deceased of their personal strengths

I plan to phone you within a few weeks to see how you are doing. In the meantime please accept my best regards to you and your family.

offer help (not too specific; and with a word or phrase of sympathy)

E agora?

Quando termina a responsabilidade no cuidar?



BIBLIOGRAFIA

- Barbosa A. (2016) – “Fazer o Luto”
- Chest Journal (2007) – “A Dying Art? The Doctor’s Letter of Condolence”
- International Journal of Palliative Nursing (2013) – “The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care”
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2015)
- Manual de Cuidados Paliativos (2009)
- The New England Journal of Medicine (April, 2001) – “The Doctor’s Letter of Condolence”

**APÊNDICE 3 – Apresentação das Vivências de estágio em Cuidados
Paliativos**

A apresentação que se segue constou do momento de avaliação referente ao módulo III – Cuidados Paliativos, com a exposição das vivências e conhecimentos desenvolvidos em estágio ao corpo docente que orienta o Curso de Mestrado com EEMC e aos colegas de especialidade.

Quando termina a responsabilidade no cuidar?

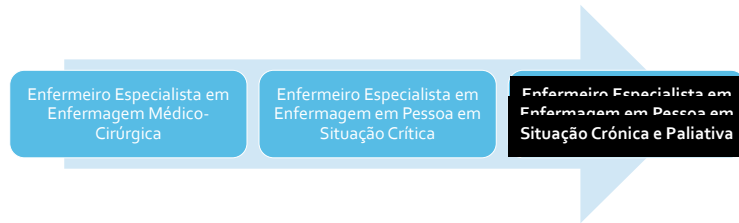


Índice

- Enquadramento Académico/Profissional
- Caracterização Sumária do Local de Estágio
- Enquadramento Conceptual
- Objectivos Trabalhados
- Percurso de Aprendizagem e Contributo para o Serviço
- Competências Desenvolvidas
- Reflexão Crítica

Enquadramento Académico/Profissional

- Módulo III – *Cuidados Paliativos*
- Perspetivando as competências preconizadas pela OE (2011)



Caracterização Sumária do Local de Estágio

✓ *O Hospital CUF-Porto conta desde Setembro de 2013 com uma nova área de cuidados... Cuidados Paliativos...*

✓ *Pessoal especializado, equipa interdisciplinar, unidade dedicada, cuidados domiciliários em articulação...*

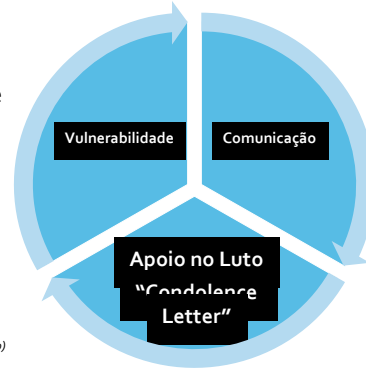
Enquadramento Conceptual

Abordagem Qualitativa

- Explorar áreas subjetivas
- Amostra intencional (a qualidade e valor dos factos é mais importante que a quantificação)

"Qualquer tipo de pesquisa que produz descobertas não provenientes de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação"

(Strauss e Corbin, 1998, pág.10)



Objectivos trabalhados

OBJETIVO GERAL

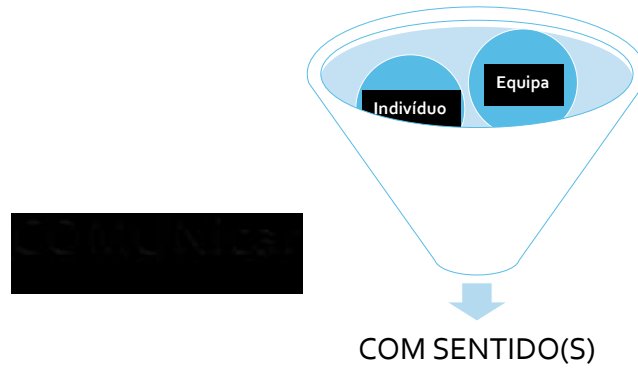
B. Desenvolver competências no âmbito da comunicação, facilitadoras da relação terapêutica com o indivíduo em situação crítica e paliativa

Objetivos Específicos

- B1 Identificar as necessidades comunicacionais do indivíduo
- B2 Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura
- B3 Implementar técnicas de comunicação eficazes, tendo em conta as necessidades do doente crítico e paliativo
- B4 Afirmar o impacto da comunicação na relação terapêutica junto do indivíduo em situação crítica

COMO?
Observação
Partilha/Discussão
Plano de
Intervenção
Oportunidades de
melhoria?!

Objectivos trabalhados



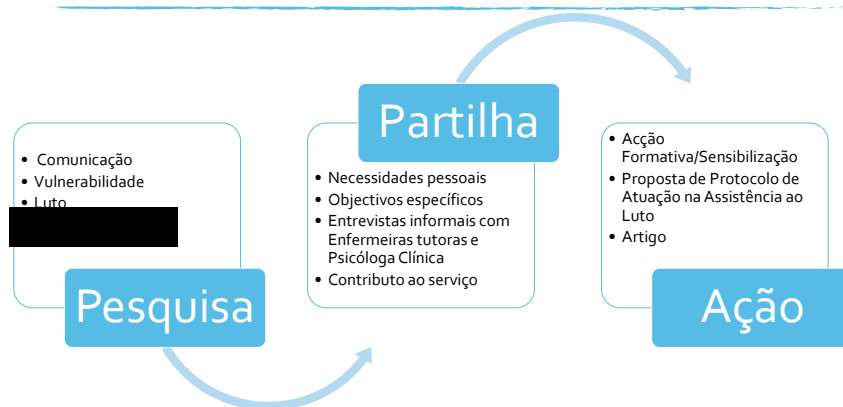
Objectivos trabalhados

OBJETIVO GERAL
D. Compreender e refletir criticamente a vulnerabilidade do doente crítico e do doente paliativo
Objetivos Específicos
D1 Identificar situações de maior vulnerabilidade e necessidades específicas do doente
D2 Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização
D3 Compreender a vertente espiritual e psico-social do doente crítico e paliativo
D4 Desenvolver estratégias de coping eficazes à mudança
D5 Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada

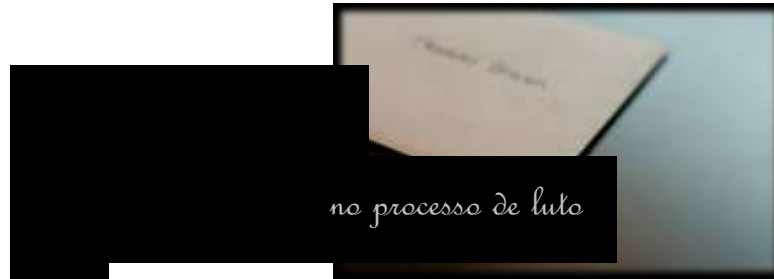
“... O médico que cuidou do meu marido durante meses nunca me contactou para me dar os sentimentos... O meu cão morreu e o veterinário enviou-me um cartão de condolências...”

(Adaptado da língua inglesa do artigo
“The Doctor’s Letter of Condolence”)

Percurso de Aprendizagem



Percurso de Aprendizagem e Contributo para o Serviço



"CAPTA DE LUTO"

O que nos mostra a evidência científica...

- A [redacted] é um gesto [redacted] que contribui para o sentimento de "cura" de uma família enlutada; pode ter um efeito muito positivo no processo de luto e ajudar a família a encarar o futuro
- Uma boa carta tem dois objectivos principais recordar a pessoa falecida e ser fonte de conforto para a família
- Um ato final de bondade e simpatia; a família aprecia este gesto que demonstra que a equipa "perdeu" tempo a recordar e a escrever uma mensagem personalizada
- É um importante reflexo dos cuidados de proximidade e diferenciados
- É uma "oferta", um gesto concreto que o receptor pode rever uma e outra vez, uma "boa" memória
- As "melhores" [redacted] são aquelas que registam uma conversa genuína, onde o vocabulário é cuidado mas de um sentido espontâneo, verdadeiro
- É uma "responsabilidade" profissional
- A ausência de uma [redacted] pode ser percebida pela família relativamente à equipa
- A falha da [redacted] é mais [redacted] simples omissão, intencionalmente ou não transmite uma falta de compreensão/indiferença com a perda da família
- A [redacted] cria [redacted] futuros contatos
- Não há estudos que comprovem o *timing* perfeito e exato para o fazer

"CARTA DE LUTO"

O que dizer...

Como escrever...

- Reconhecer a perda e escrever o nome da pessoa falecida, demonstrando proximidade e conhecimento da situação
- Deve incluir memórias do paciente ou algo que o torna singular e que foi conhecido durante o internamento, reconhecer as características /qualidades/atributos mais apreciados
- Descrever "em detalhe" a relação construída entre indivíduo/família/equipa ou ser uma "pequena expressão" de simpatia
- Relatar o relacionamento significativo construído até à morte e lembrar a família desse vínculo criado

- Expressar bondade e solidariedade
- Relembrar o privilégio de poder cuidar, de poder confortar
- Elogiar a força e forma como a família vivenciou o processo de morte - esta memória pode ser significativa para lidar com outros momentos difíceis no futuro
- Evitar comparações com outras situações, pensar saber como se sente a família
- Mostrar disponibilidade, sendo específico quanto aos meios que pode utilizar, mostrar presença e dar continuidade ao apoio no processo de luto

Percurso de Aprendizagem e Contributo para o Serviço

"CARTA DE LUTO"

O que dizer...

Como escrever...

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 6, Number 1, 2003
© Mary Ann Liebert, Inc.

Fast Facts and Concepts

"Fast Facts," a project of the National Residency End-of-Life Curriculum Project, funded by The Robert Wood Johnson Foundation, are distributed by e-mail every 2 weeks. The complete collection of "Fast Facts" is available for downloading at <www.sperc.mcw.edu>

Fast Facts and Concepts #22^a

Writing a Condolence Letter^b

RON WOLFSON, Ph.D.¹ and ELIZABETH MENKIN, M.D.²

Competências Desenvolvidas

COMPETÊNCIA

Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

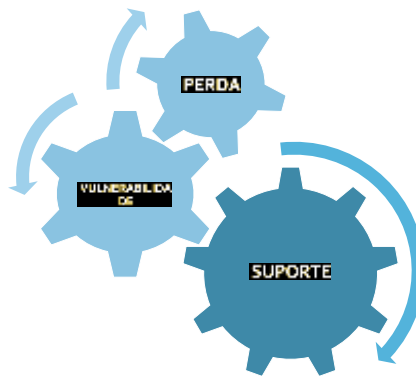
COMPETÊNCIA

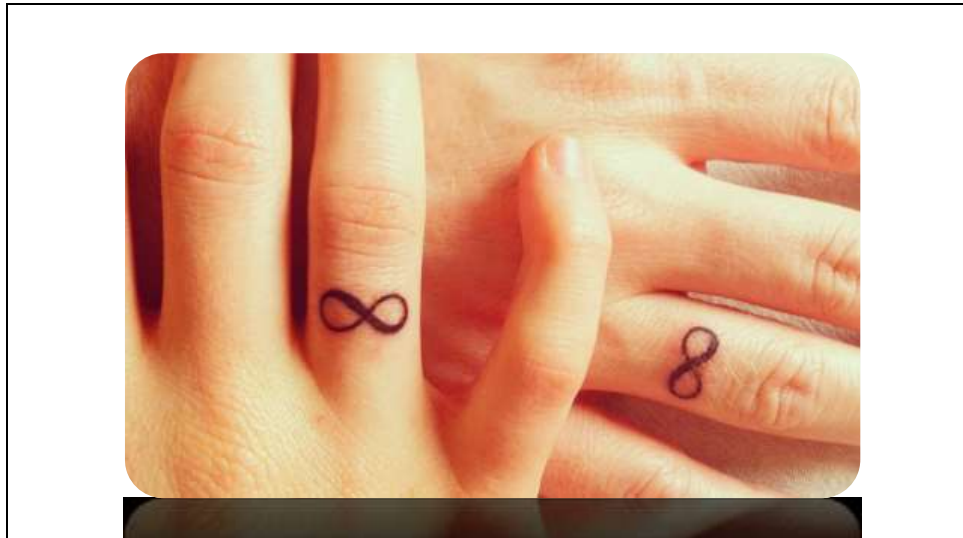
Ser capaz de desenvolver o conceito de vulnerabilidade inerente ao doente crítico e paliativo e comunicá-lo

Reflexão Crítica

os cuidados paliativos inscrevem-se ... nessa dinâmica de redescoberta do humano em toda a sua densidade, desde o nascer ao morrer...”

(José Silva, 2012)





BIBLIOGRAFIA

- Barbosa A. (2016) – “Fazer o Luto”
- Chest Journal (2007) – “A Dying Art? The Doctor’s Letter of Condolence”
- International Journal of Palliative Nursing (2013) – “The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care”
- Journal of Palliative Medicine (2003) – “Fast Facts and Concepts - Writing a Condolence Letter
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2015)
- Silva J. (2012) – A morte e o morrer entre o lugar e o deslugar
- The New England Journal of Medicine (April, 2001) – “The Doctor’s Letter of Condolence”

**APÊNDICE 4 – O Contacto com a Família em Processo de Perda:
Importância da Carta de Luto em Cuidados Paliativos, Revisão da
Literatura**

O CONTACTO COM A FAMÍLIA EM PROCESSO DE PERDA: IMPORTÂNCIA DA CARTA DE LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS – Revisão da Literatura

Autores:

Ana Rita Fonseca

Enfermeira no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Patrícia Coelho

Auxiliar Convidada da Universidade Católica do Porto, do Instituto de Ciências da Saúde. Doutor em Enfermagem e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

RESUMO

A “carta de luto” é uma estratégia no acompanhamento do processo de luto da família em cuidados paliativos. O *follow-up* com a família enlutada revê-se importante e a "carta de luto" poderá ser uma mais-valia, pelo que o objetivo deste trabalho é identificar na literatura o benefício da “carta de luto” no processo de acompanhamento no luto em Cuidados Paliativos.

MÉTODO: revisão da literatura e feita pesquisa na plataforma EBSCO com as palavras-chave: “grief”, “palliative care” e “condolence letter”. Como critérios de inclusão consideraram-se os artigos publicados na íntegra entre 2012 e 2017 que faziam referência à “carta de luto”, no contacto com a família do doente paliativo, enlutado e em língua inglesa. Como critérios de exclusão, optou-se por excluir todos os artigos que não adequavam ao tema.

RESULTADOS: Obtiveram-se 42 artigos, sendo que apenas 5 foram considerados para análise, pois eram os artigos que atendiam aos critérios definidos. Assim, segundo a literatura encontrada, a “carta de luto” permite a reaproximação da equipa com a família, o esclarecimento de dúvidas e a partilha de emoções acerca da vivência da morte. Através desta carta reconhece-se a perda, a dor, usando memórias que apelam à resiliência, que revelam traços significativos da personalidade do doente. Porém, a estrutura da mesma e o *timing* para o seu envio depende de fatores relacionados com a família e equipa.

CONCLUSÃO: A “carta de luto” é um método usado no contacto com os familiares enlutados, porém o tema é pouco desenvolvido face ao que se pretendia compreender no estudo. Não se esclarece uma estrutura da carta, nem do método formal/informal para a sua redação, nem se apura o *timing* certo para o seu envio.

Palavras-Chave: Luto, cuidados paliativos, carta de luto

INTRODUÇÃO

O luto é uma resposta normal à morte, à perda atual ou potencial, envolvendo um conjunto de experiências humanas não só físicas, como psicológicas, espirituais e sociais (Morris & Block, 2015).

O acompanhamento no luto está preconizado numa prática avançada em cuidados paliativos, sendo que a Organização Mundial de Saúde (WHO) refere não há um término nos cuidados paliativos com a morte do doente mas que estes se prolongam no suporte aos membros da família a lidar com a perda.

Um programa de acompanhamento no luto pode incluir o envio da “carta de luto”, telefonemas de follow-up, aconselhamento individual e presencial, grupos de suporte ao luto e práticas de memorial, englobadas nos serviços, que providenciem a oportunidade de partilhas e vivências durante o processo de luto (Hottensen, 2013).

A sensação de abandono, com “dupla” perda, a perda do familiar significativo e a perda da equipa de cuidados é descrita (Morris & Block, 2015; Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012), sendo que o efetivo apoio prestado no luto proporciona o conforto dos familiares enlutados.

Como já referido um dos *itens* dos programas de acompanhamento no luto inclui o envio da “carta de luto” (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Merel & al, 2015; Morris & Block, 2015; Kentish-Barnes, Chevret, & Azoulay, 2016), pelo que interessa avaliar esta medida, o seu impacto no apoio aos familiares enlutados.

Com o presente estudo pretende-se identificar o benefício do envio da “carta de luto” no processo de acompanhamento no luto em Cuidados Paliativos, compreendendo o que é uma carta de luto, quem formaliza este procedimento, a estrutura e *timing* de envio da “carta de luto” bem como as barreiras encontradas ao envio da mesma.

METODOLOGIA

A revisão de literatura é o método que permite aprofundar o conhecimento sobre o tema em estudo, de modo a que a informação seja compilada e sintetizada.

O presente estudo iniciou-se pela realização de uma pesquisa plataforma EBSCO entre Maio e Dezembro de 2017, onde a questão de partida formulada segundo a metodologia PICO (quadro 1) foi: Qual o benefício da “carta de luto”, na intervenção especializada de acompanhamento no luto em Cuidados Paliativos?

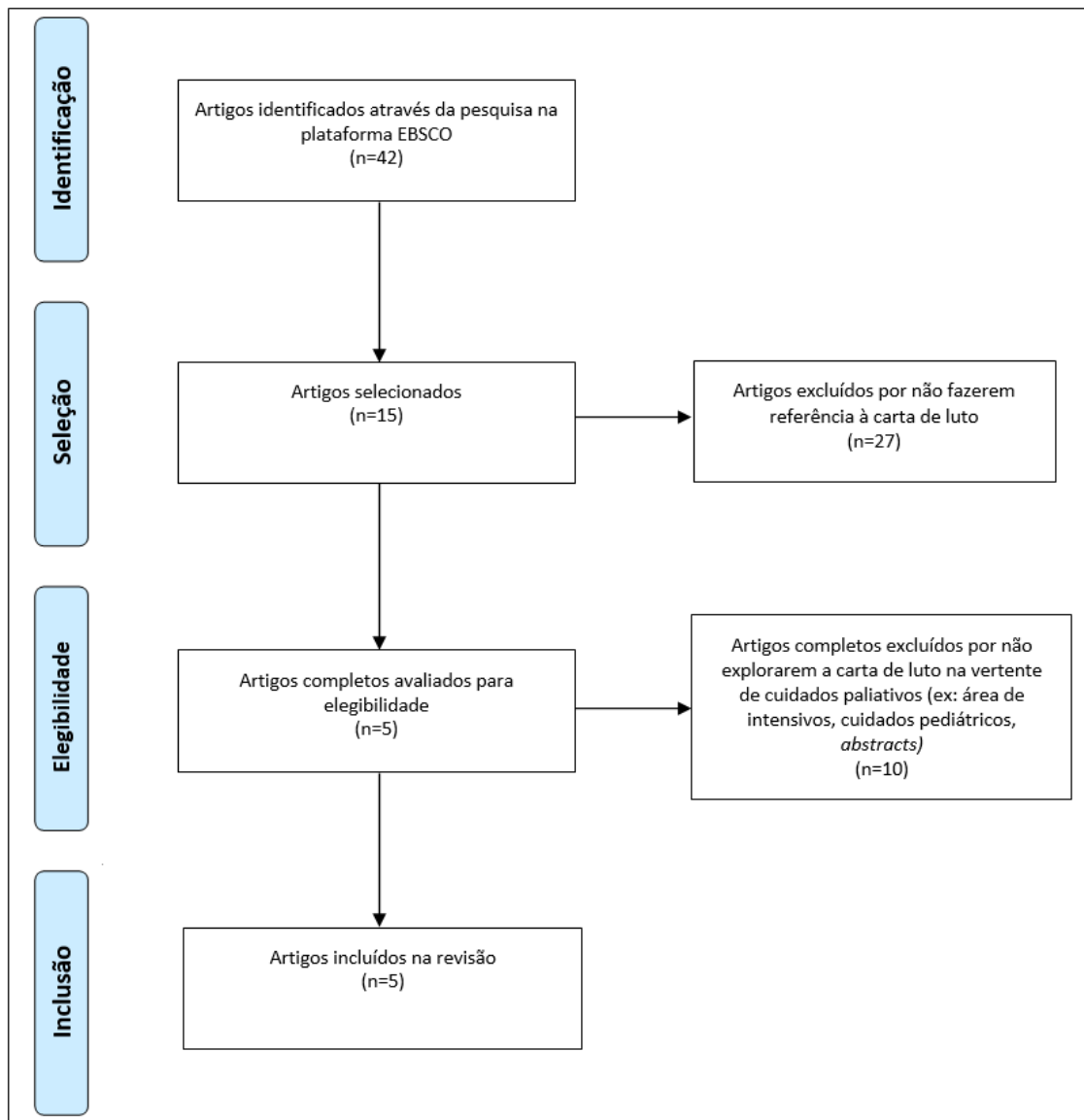
Quadro 1 – Questão segundo método PICO

P - População	Familiars enlutados de doentes paliativos
I - Intervenção	Suporte especializado no luto
C - Contexto	Envio da carta de luto
O - Resultados	Benefício da carta de luto

As publicações incluídas no estudo foram todas aquelas que se caracterizam pertinentes ao tema desenvolvido, cujo ano de publicação não excedesse os 5 anos, inclusive, no período compreendido aos anos de 2012 a 2017, disponíveis em texto integral, na língua inglesa. As palavras-chave utilizados permitiram restringir a pesquisa ao tema em causa e foram os seguintes: “*Condolence Letter*”, “*Grief*”, “*Palliative Care*”.

Os critérios de exclusão relacionaram-se com a ausência do tema da carta de luto, em familiares de doentes paliativos enlutados. A seleção dos artigos foi realizada segundo o Diagrama Prisma que se apresenta de seguida.

Quadro 2 – Diagrama Prisma



RESULTADOS

Da pesquisa resultaram um total de 42 artigos sendo apenas selecionados pelos critérios já mencionados 5 artigos para análise integral. De forma a organizar e analisar os resultados obtidos e para uma melhor compreensão, foi construída uma tabela (Tabela 1) de evidências que contempla o ano da publicação, Título, Revista, Objetivo, Metodologia e Resultados de cada artigo selecionado.

Tabela 1 - Tabela de Evidências

Ano	Título	Revista	Objetivo	Metodologia	Resultados
2012	<i>Survey of Bereavement Practices of Cancer Care and Palliative Care Physicians in the Pacific Northwest United States</i>	<i>JOURNAL OF ONCOLOGY PRACTICE</i>	Estudar a frequência e tipo de práticas aplicadas no processo do luto pelos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, em doentes com cancro, identificando fatores intervenientes associados, em consultas de follow-up	Estudo Quantitativo	A maior percentagem de profissionais envolvidos no estudo refere como prática comum o contacto com os familiares através de telefonema ou envio de carta de condolências. Os profissionais referem que um dos fatores mais impeditivos de agir neste processo está relacionado com a falta de tempo e a incerteza acerca de qual o familiar a contactar. Existe uma boa percentagem de profissionais afirmando que a formação adquirida ao longo do seu exercício de desempenho não é adequada.
2013	<i>The Perspectives of Bereaved Family Members on their Experiences of Support in Palliative Care</i>	<i>INTERNACIONAL JOURNAL OF PALLIATIVE NURSING</i>	Explorar as interações de apoio aos familiares em cuidados paliativos e identificar as experiências emocionais associadas pelos familiares às atitudes de suporte	Estudo Qualitativo	Cinco categorias de interações de apoio com os membros da equipa relacionavam-se com as consequências emocionais: suporte informativo, encontros de apoio, foco profissional da equipa, um ambiente envolvente digno e harmonioso que favorecia o apoio e suporte no luto. Conclui-se que o diálogo com os membros da família promove a certeza e a segurança, os encontros de apoio proporcionam um sentimento caloroso e reconfortante e o suporte no luto

					contribuiu para sentimentos de força e coragem.
2015	<i>Providers' Beliefs about Expressing Condolences to the Family of a Deceased Patient: A Qualitative and Quantitative Analysis</i>	<i>JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE</i>	Descrever as "crenças" e as práticas, desenvolvidas pelos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, na expressão de condolências aos familiares.	Estudo Quantitativo	O estudo permite verificar que profissionais com maior tempo de prática nos cuidados paliativos são os que mais valorizam procedimentos de expressão de luto, como o envio da carta do luto aos familiares.
2015	<i>Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institutional Bereavement Program</i>	<i>JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE</i>	Descrever o desenvolvimento de um Programa de Acompanhamento do Luto num Centro de Cuidados Paliativos para Doentes com Cancro, concetualizando os procedimentos do luto como Cuidados Preventivos no modelo de cuidados paliativos.	Estudo Qualitativo	O estudo permite verificar que a carta de condolências e o guia de acompanhamento no luto têm impacto muito positivo no desempenho dos profissionais promovendo a abertura da família à equipa.
2016	<i>Letters of Condolence: Assessing Attitudes and Variability in Practice amongst Oncologists and Palliative Care Doctors in Yorkshire</i>	<i>ecancermedicalscience</i>	Explorar as atitudes dos profissionais dos cuidados paliativos de um dado Centro de Cuidados Paliativos no que concerne ao procedimento de escrever a carta de luto aos familiares.	Estudo Qualitativo	O estudo permite verificar que a percentagem de cartas de luto enviadas é elevada mas nem por isso faz parte da rotina, e à questão: se a carta fosse protocolada e modo "standard". Os profissionais respondem que os resultados não seriam melhores. Os profissionais entendem que a carta de luto deve ser personalizada. A presença de norma para a elaboração da carta de luto não é acolhida com sucesso.

DISCUSSÃO

Através da análise dos artigos selecionados pode-se apurar que a carta de luto é uma estratégia válida e importante no processo de luto dos familiares, no conjunto de todas as estratégias que se podem prestar nesta fase.

A carta de luto tem um impacto positivo e destaca-se por ser uma das formas mais ativas de acompanhar o processo de luto vivenciado pelas famílias, sendo que se identifica com uma cultura hospitalar onde os cuidados são humanizados e próximos (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Morris & Block, 2015), pelo que o seu envio é benéfico no processo de acompanhamento no luto em Cuidados Paliativos.

Caracteriza-se por ser uma das práticas mais comuns e usuais do acompanhamento oferecido durante o luto (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Merel & al, 2015; Hayward, Makinde, & Vasudev, 2016), e sob uma perspetiva histórica é uma das mais antigas e sólidas práticas do apoio e da expressão de luto na medicina (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012).

A presente revisão permitiu concluir alguns motivos para que o envio da “carta de luto” seja prática recorrente, nomeadamente na área de Cuidados Paliativos; entre os quais se destacam: o querer saber se a família se encontra bem, o suporte que a mesma permite no processo de luto da família; proporciona o contacto da família com a equipa e possibilita questões, o esclarecimento de dúvidas e partilha de emoções acerca da experiência da morte do familiar; ainda se destaca o sentimento do colocar-se no papel da família enlutada, apreciando o gesto (Merel & al, 2015; Morris & Block, 2015; Hayward, Makinde, & Vasudev, 2016). Durante o período de vivência da perda do ente querido a “carta de luto” proporciona uma sensação de força e coragem, para superar o sofrimento da ausência, sendo que a sua inexistência associado a promessas de acompanhamento quebradas, podem conduzir a experiências negativas, evocando a incerteza e sentimentos de culpa (Lundberg, Olsson & Fürst, 2013).

Os estudos analisados permitem a deteção da envolvimento direto do médico na redação da “carta de luto”, porém percebe-se que outros profissionais, nomeadamente o Enfermeiro podem escrever essa carta de condolências (Morris & Block, 2015; Merel & al, 2015).

Relativamente à estrutura da “carta de luto”, averigua-se preferencialmente uma carta escrita à mão e personalizada (Merel & al, 2015; Hayward, Makinde, & Vasudev, 2016).

Os componentes da carta relacionam-se sobretudo com o reconhecimento da perda, da dor, lembrança acerca de uma qualidade pessoal do doente ou memória da doença, mostrar

disponibilidade para questões, usando expressões de simpatia e conforto (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012).

Relativamente ao *timing* mais apropriado para o envio da “carta de luto” verifica-se que a maior parte dos estudos não contempla essa informação. Contudo há um estudo que engloba esse *item*, não concluindo um *timing* ideal para o envio da “carta de luto” (Hayward, Makinde, & Vasudev, 2016).

Nos programas de acompanhamento no luto, nos quais está englobado o envio de uma carta à família/cuidador enlutado são diagnosticadas algumas barreiras a esta ação de providenciar um suporte no luto, sendo a “falta” de tempo o fator mais encontrado, e outros como a incerteza relacionada com qual dos familiares se deve contactar (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Merel & al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evidência da mais-valia dos processos de acompanhamento no luto verificou-se. O envio da carta de luto é um tema que merece desenvolvimento e estudo pelo impacto positivo, ainda que numa amostra pouco significativa, uma vez que os estudos não direcionam a sua avaliação só para este tema, no conjunto de todos os apoios proporcionados no luto.

O *follow-up* com a família enlutada é visto como uma prática importante em cuidados paliativos (Kusano, Kenworthy-Heinige, & Thomas, 2012; Lundberg, Olsson & Fürst, 2013; Morris & Block, 2015; Hayward, Makinde, & Vasudev, 2016) em cuidados de excelência e de proximidade.

Face ao número reduzido de evidência encontrada e sendo recorrentes, com estratégias variadas, os programas de acompanhamento no luto nos serviços de cuidados paliativos, torna-se pertinente desenvolver futuros estudos que englobem a estratégia da “carta de luto” no apoio à família. Há necessidade de *guidelines* de orientação no desenvolvimento da mesma, integrando conteúdos como o *timing* para o seu envio, a estrutura da carta (componentes) e a forma (formal/informal). Este facto mostra-se como uma das limitações do estudo desenvolvido, que se completa com o valor sensível e subjetivo do tema.

Há vantagem em se relacionar os aspetos objetivos relativos ao processo de luto, com as vivências de cada família e seus princípios, que vão sendo perceptíveis nos cuidados prestados. Os profissionais que desenvolveram a sua prática junto daquela família e que têm com ela uma ligação; que otimizaram processos de comunicação, que favoreçam estratégias de adaptação às várias perdas que foram acontecendo são os mais capazes no

desenvolvimento da carta de luto e na resposta sensível e capaz de conforto, na memória da relação terapêutica que se estabeleceu, favorecendo o processo de adaptação ao luto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hayward, J. S., Makinde, O., & Vasudev, N. S. (2016). Letters of Condolence: Assessing Attitudes and Variability in Practice Amongst Oncologists and Palliative Care Doctors in Yorkshire. *ecancermedicalscience*.
- Hottensen, D. (2013). Bereavement: Caring for Families and Friends after a Patient Dies. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 67(1-2), pp. 121-126.
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., & Azoulay, E. (2016). Impact os the Condolence Letter on the Experience of Bereaved Families after a Death in Intensive Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*.
- Kusano, A.; Kenworthy-Heinige, T. & Thomas, C. (2012). Survey of Bereavement Practices of Cancer Care and Palliative Care Physicians in the Pacific Northwest United States. *Journal of Oncology Practice*, pp. 275-281.
- Lundberg, T.; Olsson, M.; Fürst, Carl Johan (2013). The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, pp. 282-288.
- Merel, S.; Stafford, M.; White, A.; Fligner, C.; Amory J. & Hagman, M. (2015). Providers' Beliefs about Expressing Condolences to the Family of a Deceased Patient: A Qualitative and Quantitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 217-224.
- Morris, S. & Block, S. (2015). Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institucional Bereavement Program. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 915-922.
- WHO. (s.d.). Definition of Palliative Care. Obtido em 2018, de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

APÊNDICE 5 – Abstract e Poster “Carta de Luto: Cuidados Humanizados e Próximos em Cuidados Paliativos” - Participação no Seminário INPALIN

Título:

"Carta de Luto" - Cuidados Humanizados e Próximos em Cuidados Paliativos

Autores:

Ana Rita Fonseca

Enfermeira no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa | Portugal - ritaoliveirafonseca@gmail.com

Patrícia Coelho

Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; Doutora em Enfermagem | Portugal - sfcoelho@porto.ucp.pt

Introdução: A assistência no luto é um tema que deve ser integrado nos cuidados; o *follow-up* com a família enlutada revê-se importante e a "carta de luto" poderá ser uma mais-valia, pelo que o objetivo deste trabalho é identificar na literatura o benefício da “carta de luto” no processo de acompanhamento no luto em Cuidados Paliativos.

Metodologia: O método de investigação consiste numa revisão da literatura. Na plataforma EBSCO pesquisou-se com as palavras-chave: “grief”, “palliative care” e “condolence letter”, tendo como critérios de inclusão os artigos entre os anos 2012 e 2017 que faziam referência à “carta de luto”, em inglês, disponíveis em texto integral, e excluíram-se aqueles que não se adequavam ao tema.

Resultados/Discussão: Do total de dezassete artigos encontrados foram analisados quatro pois eram os artigos que atendiam aos critérios definidos. Assim, segundo a literatura, a “carta de luto” permite a reaproximação da equipa com a família, o esclarecimento de dúvidas e a partilha de emoções acerca da vivência da morte. Através desta carta reconhece-se a perda, a dor, usando memórias que apelam à resiliência, que revelam traços significativos da personalidade do doente. Porém, a estrutura da mesma e o *timing* para o seu envio depende de fatores relacionados com a família e a própria equipa.

Conclusão: Os profissionais devem junto da família otimizar a comunicação fazendo uso de estratégias que favoreçam a adaptação à perda. A “carta de luto” consiste nesta resposta

sensível, capaz de confortar e fortalecer a relação terapêutica entre equipa/família, favorecendo o processo de vivência do luto.

“Carta de Luto” Cuidados Humanizados e Próximos em Cuidados Paliativos

Ana Rita Fonseca

Enfermeira no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

Patrícia Coelho

Docente da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutora em Enfermagem.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Introdução

O acompanhamento no luto está preconizado numa prática avançada em cuidados paliativos, sendo que a Organização Mundial de Saúde (WHO) refere não existir um término nos cuidados paliativos com a morte do doente mas que estes se prolongam no suporte aos membros da família na adaptação à perda. A “carta de luto” constitui uma das formas de acompanhamento no luto e a sua utilização poderá ser uma mais valia no follow-up da família enlutada.

Metodologia

O método utilizado consiste numa revisão da literatura. Na plataforma EBSCO pesquisaram-se as seguintes palavras-chave: “grief”, “palliative care” e “condolence letter”, tendo como critérios de inclusão os artigos entre os anos 2012 e 2017, disponíveis em texto integral, na língua inglesa, que faziam referência à “carta de luto”, excluindo os que não se adequavam ao tema. O Diagrama Prisma foi utilizado na seleção dos artigos; obtiveram-se 17 artigos sendo que apenas 4 foram considerados para análise.

Resultados

A “carta de luto” é uma estratégia válida, uma medida concreta e tem um impacto positivo na adaptação ao processo de luto vivenciado pelas famílias, em Cuidados Paliativos. Destaca-se por ser uma das formas mais ativa do acompanhamento no luto e proporciona um efetivo apoio, uma vez que neste período de transição é muitas vezes referido pelos familiares a sensação de abandono, com “dupla” perda, a perda do familiar significativo e a perda da equipa de cuidados.

Objetivos

Demonstrar os benefícios do envio da “carta de luto” à família enlutada em Cuidados Paliativos; pretende-se averiguar os motivos refletidos pelos profissionais para o seu envio, o seu conteúdo e *timing*, bem como perceber quais são as barreiras encontradas para que esta estratégia não seja adotada.



Os motivos descritos para o envio da “carta de luto” na área de cuidados paliativos são, segundo a literatura revista:

- ✓ Querer saber se a família se encontra bem;
- ✓ O suporte que a mesma possibilita no processo de luto;
- ✓ Proporcionar o contacto da família com a equipa possibilitando questões e contribuindo para o esclarecimento de dúvidas e partilha de emoções/avivências acerca da experiência da morte do familiar;
- ✓ O profissional colocar-se no papel da família enlutada e apreciar o gesto;
- ✓ Identificação com cultura hospitalar onde os cuidados são humanizados e próximos.



Relativamente ao conteúdo da “carta de luto”, os seus componentes relacionam-se sobretudo com o reconhecimento da perda, da dor, realizar a lembrança acerca de uma qualidade pessoal do doente ou memória da doença, do processo de cuidar, mostrando disponibilidade para responder a questões, dúvidas, usando expressões de simpatia e conforto. Avizinha-se preferencialmente uma carta escrita à mão e personalizada, todavia relativamente ao *timing* mais apropriado para o seu envio não existem dados que o esclareçam. A redação da “carta de luto” é responsabilidade do médico, porém outros profissionais, nomeadamente o Enfermeiro pode escrever esta carta de condolências.



As barreiras encontradas ao envio da “carta de luto” relacionam-se com a gestão de tempo dos profissionais, sendo este o fator mais referido, a incerteza relacionada com qual dos familiares se deve contactar, bem como a dificuldade em selecionar o conteúdo a expor na carta, são outros fatores refletidos.

Conclusão

A sensação de abandono, com “dupla” perda, a perda do familiar significativo e a perda da equipa de cuidados pode ser amenizada pelo efetivo apoio no luto. A “carta de luto” é uma medida concreta, uma resposta sensível, capaz de confortar e fortalecer a relação terapêutica entre equipa/família, reaproximando-as e favorecendo o processo de adaptação ao luto. Conclui-se a necessidade de mais estudos que desenvolvam o contacto com a família enlutada através da “carta de luto” nomeadamente quanto: ao seu conteúdo, método para a sua redação e definição de um *timing* para o seu envio.

Bibliografia

Hayward, J., Malinik, O., & Fouades, N. S. (2016). Letters of Condolence: Assessing Attitudes and Variability in Practice Amongst Oncologists and Palliative Care Doctors in Yorkshire. *starrmedjournal.com*.
Kazuo, A., Benworthy-Ricardo, T. & Thomas, C. (2012). Survey of Bereavement Practices of Cancer Care and Palliative Care Physicians in the Pacific Northwest United States. *Journal of Oncology Practice*, 17(5-20).
Mead, S.; Scalford, M.; White, A.; Figgott, C.; Amey, J. & Rogers, M. (2015). Physician Beliefs about Expressing Condolences to the Family of a Deceased Patient: A Qualitative and Quantitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7-22).
Morris, L. & Black, S. (2015). Adding Value to Palliative Care Services: The Development of an Institutional Bereavement Program. *Journal of Palliative Medicine*, 9(15-922). WHO. (s.d.). Definition of Palliative Care. Obtido em 2018 de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

**APÊNDICE 6 – Manual de Acolhimento e Integração ao Serviço de
Urgência**

Manual de Acolhimento do Enfermeiro no

Serviço de Urgência

Ana Rita de Oliveira Silveira da Fonseca e Ana Margarida Silva – *Estudantes
de Mestrado em Enfermagem do ICS – Universidade Católica*
Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho

MARÇO DE 2018

Siglas e Abreviaturas

CH *Centro Hospitalar*

SU *Serviço de Urgência*

R/C *Rés do Chão*

ORL *Especialidade de Otorrinolaringologia*

HSJ *Hospital de São João*

HSA *Hospital de Santo António*

TM *Triagem de Manchester*

DGS *Direção Geral de Saúde*

Imagens

Imagem 1 – Planta do SU	19
Imagem 2 – Fluxogramas	22
Imagem 3 – Fluxogramas e Discriminadores	22
Imagem 4 – Prioridades na Triagem de Manchester	23
Imagem 5 – Disponibilidade de Especialidades no SU	29
Imagem 6 - Funções Específicas do Enfermeiro Coordenador	37

Sumário

1. INTRODUÇÃO	153
2. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	155
2.1. Sugestão do Plano de integração de um Novo Profissional.....	161
3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	165
3.1. O Serviço de Urgência	165
3.2. Organização Estrutural e Física do SU	166
3.2.1. Admissão dos Doentes	167
3.2.2. Triagem de Prioridades	167
3.2.3. Sala de Emergência	171
3.2.4. Área Médica	172
3.2.5. Área Cirúrgica.....	173
3.2.6. Ortopedia	174
3.2.7. Pneumologia	175
3.2.8. Clínica Geral.....	175
3.2.9. Especialidades	175
3.2.10. OBS Internamento.....	176
3.3. Organização Humana	177
3.3.1. Equipa Médica.....	178
3.3.2. Equipa de Enfermagem	178
3.3.3. Equipa de Assistentes Operacionais.....	185
3.3.4. Gabinete de informação.....	186
3.3.5. Equipa de segurança	186
3.3.6. Equipa de Administrativos	187
4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	189
5. CONCLUSÃO	191
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi desenvolvido em contexto académico, no âmbito do estágio no Serviço de Urgência, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica.

Decorre de uma necessidade detetada pelo estudante, em partilha de informações com a Enfermeira Tutora. O Serviço de Urgência é especialmente um serviço complexo, no sentido em que abrange vários setores, com atividades específicas e necessidades ao nível também das competências dos intervenientes, nomeadamente dos Enfermeiros. Deste modo, torna-se necessário e pertinente para este serviço a existência de um suporte que seja colocado ao dispor de novos elementos que iniciam funções.

O Manual de Integração é, de facto, um documento valioso de um serviço na medida em que contém as bases e as orientações para a atuação dos Profissionais e novos elementos, constituindo uma ferramenta única na gestão de recursos humanos e atuando como elemento facilitador no processo de integração/acolhimento de novos colaboradores.

A elaboração deste documento teve como base o Regulamento do Serviço de Urgência, disponibilizado no portal informático da instituição e a normas do serviço. A atuação da Enfermeira tutora foi igualmente importante para o acesso a informação pertinente, tal como manuais e normas de atuação e documentação no âmbito de políticas hospitalares.

A consulta e a leitura deste documento têm como objetivos:

- Tomar conhecimento da organização estrutural e física do local;
- Tomar conhecimento do funcionamento e dinâmica do local;
- Tomar conhecimento da dinâmica e gestão dos recursos humanos;
- Uniformizar conceitos e procedimentos e normas específicas;
- Proporcionar um bom acolhimento e enriquecer as competências do Enfermeiro recém-admitido.

Deste modo, a missão do presente documento é auxiliar nas condições de acolhimento e integração do novo elemento para proporcionar uma perceção mais rápida da dinâmica e funcionamento do serviço de forma a oferecer uma identificação com a cultura/política

organizacional, que possam contribuir para um bom desempenho e adaptação à nova realidade profissional.

2. O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

Ao nível dos recursos humanos, é fácil perceber que os enfermeiros representam uma parte significativa de uma organização hospitalar. Deste modo, nos dias de hoje e tendo em conta a conjuntura atual, assistimos a uma constante e significativa rotatividade dos enfermeiros nos serviços o que se traduz numa frequente admissão de novos profissionais. Neste sentido, torna-se pertinente a existência de um modelo de integração ajustado a cada serviço de acordo com as suas especificidades, uma vez que a chegada de novos profissionais a um serviço é sempre um desafio para as equipas e para o profissional recém-chegado.

São vários os autores que abordam este tema da integração de profissionais em novos contextos. Patrícia Benner desenvolveu um Modelo de Aquisição de Competências, no âmbito da socialização num serviço de saúde, que permite explicar e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais. Deste modo, esta autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica: (Benner, 2001)

- Iniciado/principiante;
- Iniciado avançado;
- Competente;
- Proficiente;
- Perito.

O Enfermeiro iniciado/principiante é aquele que inicia as funções num serviço desconhecido, ou seja, do qual desconhece os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados. Poderá ser um enfermeiro recém-formado ou mesmo um profissional com experiência. Segundo Benner (2001), é nesta fase que o novo profissional demonstra dificuldade em integrar o que é descrito nos livros nas situações da prática clínica. Aqui, o papel da equipa passa por dar a conhecer ao enfermeiro principiante as normas e princípios do serviço, permitindo a aquisição de experiências para a obtenção de competências.

O próximo passo será atingir competências como enfermeiro iniciado avançado. Neste caso, o novo profissional começa a integrar algumas situações vividas e consegue

identificar aspetos comuns. Nesta fase, as principais dificuldades passam por conseguir determinar as prioridades dos cuidados uma vez que o novo enfermeiro ainda não conhece no seu todo o serviço e o tipo de cuidados prestados, agindo assim de uma forma mais normativa baseando-se na rotina e nos conhecimentos teóricos (Benner, 2001).

Seguidamente, atinge-se o nível competente em que o novo profissional que já trabalha há pelo menos dois/três anos no mesmo serviço, consegue claramente mostrar uma prática consciente, objetiva e concreta, aplicando os seus conhecimentos com eficácia e conseguindo já estabelecer prioridades na prática dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

Numa fase mais avançada, encontramos o enfermeiro proficiente que é aquele que consegue demonstrar capacidade de perceber as situações na sua globalidade, conseguindo através das experiências anteriores, antever o que se poderá passar e atuar de forma antecipatória (Benner, 2001).

Por último, e num nível mais avançado de competências damos conta do Enfermeiro perito que se demonstra capaz de entender de forma intuitiva os problemas que são apresentados, não necessitando de estratégias de apoio à decisão para resolver a situação, dando resposta com segurança e certeza, de acordo com as competências adquiridas (Benner, 2001).

Assim sendo, torna-se fácil perceber que o enfermeiro recém-chegado, independentemente da sua experiência profissional anterior, é considerado um enfermeiro no nível de iniciado/principiante, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que permita a evolução nos consecutivos estádios, denominados anteriormente. Além disto, o enfermeiro responsável pela integração do recém-chegado deverá ser sempre o de nível superior definido no Modelo de Competências de Benner, que corresponde à classificação de perito, como foi descrito anteriormente.

Outro dos autores que aborda este tema da integração de novos profissionais é Bronfenbrenner. Este definiu o modelo ecológico do desenvolvimento humano, em que defende que este se baseia num processo contínuo que decorre ao longo da vida do ser humano, incorporando as interações entre indivíduos e os seus ambientes vivenciados e dinâmicos, nunca esquecendo a peculiaridade de cada um (Bronfenbrenner e Moris, 1998). Assim, estes mesmos autores referem que "(...) as pessoas em desenvolvimento vivenciam

uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos”. Deste modo, pensando num enfermeiro recém-chegado num serviço novo, ocorrem necessariamente diversas alterações em que este experimenta uma diversidade de experiências pessoais e profissionais essenciais ao seu desenvolvimento enquanto profissional e que é necessariamente influenciado, direta ou indiretamente, pelos vários contextos onde se encontra inserido ao longo do tempo. Assim, Bronfenbrenner (2002) assume que a integração de um enfermeiro num serviço, relaciona-se diretamente com quatro elementos fundamentais:

- Pessoa - no sentido em que o processo de integração é influenciado pela personalidade e características pessoais e profissionais quer do enfermeiro recém-chegado quer do enfermeiro que faz a integração;
- Processo – o tempo, a duração e a qualidade do processo de integração;
- Contexto – referindo-se ao ambiente profissional de cada serviço que pode influenciar a integração do novo profissional;
- Tempo – a duração do processo de integração.

Ou seja, torna-se fundamental que o profissional recém-chegado passe por um processo de supervisão adequado que o permita sentir-se seguro na prestação dos cuidados e inserido na organização onde está a iniciar funções. Assim, torna-se fundamental falar sobre a supervisão clínica como processo necessário na integração de novos profissionais num serviço.

Hildegard Peplau (1955) definiu o Modelo de Supervisão de Peplau, onde refere que a supervisão clínica consiste num “Processo interpessoal, onde um profissional qualificado ajuda outro, menos qualificado ou experiente, a atingir a competência profissional adequada ao seu papel, ajudando-o a refletir e orientando-o na construção do seu conhecimento”. Já Alarcão (2001) defende que a supervisão é entendida como um “processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor podendo, de acordo com a natureza da interação criada, ser facilitado ou inibido”. Assim, a supervisão clínica também deve ser entendida como uma relação de ajuda para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais de modo a fomentar uma maior qualidade das práticas. (Alarcão, 2001)

Já a Ordem dos Enfermeiros (2010, pg. 3), defende que “O processo de Supervisão clínica, (...) é visto como um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa a automatização gradual do supervisionado, em contexto de trabalho, centrado na prática clínica e nos processos de tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”. Deste modo, o objetivo da supervisão clínica passa por melhorar a performance do indivíduo no trabalho/na prática clínica, baseado na missão e no plano do serviço, tendo como resultado a melhoria do conhecimento, das capacidades e da atitude do indivíduo em formação, sendo assim um processo dinâmico e interpessoal de suporte, permitindo o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais.

São definidas algumas características essenciais do supervisor, tais como: (Alarcão, 2001)

- Gostar de ensinar; saber escutar e prestar atenção ao supervisionado;
- Ser paciente quanto os outros não entenderem;
- Usar uma linguagem comum;
- Ter uma atitude positiva quando espera respostas a questões ou explicitação de ações;
- Saber tolerar quando os outros cometem erros;
- Saber criticar e aceitar críticas
- Saber fazer sugestões de forma indireta, direcionado o supervisionado para determinado caminho aconselhável;
- Trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo de supervisão.

Assim, quando um novo profissional chega a um novo local de trabalho, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-chegado e o enfermeiro supervisor é de elevada importância para todo o processo de integração. Este processo, por sua vez tem uma duração variável, dependendo das necessidades a curto e a longo prazo do próprio serviço e do novo profissional; no entanto, deve ser sempre tempo suficiente para que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o seu futuro desempenho autónomo e responsável enquanto enfermeiro daquela instituição. A integração deve representar uma das atividades primárias da administração de recursos humanos, cujos objetivos primordiais visam a adaptação adequada dos profissionais à

instituição, nunca esquecendo as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais que acompanham o processo (Macedo, 2012).

Fernandes (2013 pag.23) defende que a Supervisão Clínica "compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo *Perceptorship*, *Mentorship*, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade". O *Perceptorship* é o Profissional que ensina, presta apoio emocional, atuando como modelo para o novo profissional, tendo por objetivo facilitar a integração e a socialização do mesmo. O *Mentorship*, no contexto da prática formativa clínica é aquele profissional mais experiente, que se responsabiliza pelo processo de aprendizagem do formando.

Torna-se imprescindível que seja desde cedo definido o elemento supervisor (*Perceptorship*) responsável pela integração do novo profissional, permitindo assim a estabilidade e confiança no integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento. Além disto, é fundamental que o supervisor reconheça a importância de aceitar a função de integrar um novo elemento e que detenha de um bom desempenho profissional e boa relação interpessoal (Abreu, 2007).

É importante que a relação supervisiva que se estabelece entre o enfermeiro supervisor e o novo profissional seja um processo interativo e dinâmico, em que o primeiro seja capaz de sensibilizar, estimular, orientar e ajudar o segundo, permitindo-lhe assim uma adequada integração para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e um desempenho profissional exemplar. As instituições também têm um papel importante no processo de integração de novos profissionais, na criação de condições de trabalho e tempo de integração de qualidade necessários a este processo (Macedo, 2012).

Relativamente à integração de qualquer recém-chegado ao Serviço de Urgência, este é, de facto, um processo essencial e deverá ser encarado como um processo de mudança no sentido da valorização pessoal e profissional.

Segundo Millet, a integração, como um procedimento individual e flexível, consiste na "introdução do indivíduo na instituição e a sua orientação na situação de trabalho", sendo assim através deste processo que o indivíduo apreender o sistema de valores, normas e padrões de comportamento existentes na instituição. Desta forma, "a integração é determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e consequentemente no seu desempenho profissional, pois o enfermeiro que inicia funções num Serviço de

Urgência Geral, embora seja um indivíduo licenciado, com conhecimento das técnicas a executar no seu trabalho, ainda lhe falta o sentimento de pertença efetiva e afetiva à organização e ao local de trabalho, bem como a segurança, que só lhe poderá ser proporcionado se lhe for feita uma adequada integração”. (Frederico e Leitão, 1999)

Segundo alguns autores, a integração no Serviço de Urgência deve basear-se em alguns aspetos, tais como: a organização da unidade, o tipo de doentes, a metodologia científica utilizada na prestação de cuidados de enfermagem, as funções dos enfermeiros, registos, protocolos, entre outros.

Azevedo (1996), defende que o processo de integração num serviço de urgência é constituído por quatro fases:

- Primeira fase denominada de indução ou introdução – fornecimento da informação necessária para que este se sinta bem no seu ambiente de trabalho e o consiga reconhecer como o seu espaço físico e social, em que o integrador assume um papel ativo e o integrado um papel recetivo. É também nesta fase que o manual de integração do serviço deve ser dado a conhecer;
- Segunda fase ou orientação – o enfermeiro integrador faz uma orientação mais diretiva das dúvidas e preocupações do enfermeiro recém-chegado, de modo a perceber as dificuldades do mesmo. Deverá ser um processo paralelo à fase anterior;
- Terceira fase ou acompanhamento – nesta fase é estabelecida uma relação de trabalho entre o enfermeiro integrador e o novo elemento, dando ênfase às relações humanas, ao trabalho de equipa e ao desenvolvimento de competências por parte do novo enfermeiro;
- Quarta fase ou treino – nesta fase o principal objetivo é preparar o integrado para assumir um cargo ou função, tornando-o assim apto para a prestação de cuidados. A principal função do enfermeiro integrador é fornecer apoio e transmitir confiança, assumindo assim um papel mais passivo no que respeita à prestação direta dos cuidados.

É importante referir que durante o programa de integração não se deve utilizar o enfermeiro recém-chegado para responder às necessidades do serviço, ou seja, o enfermeiro deve ser sempre supranumerário.

Relativamente ao tempo de integração, a bibliografia não é consensual e os tempos são considerados diferentes consoante o profissional em causa e as respetivas características. Assim, a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior e da evolução do próprio processo de integração.

De seguida, apresenta-se uma sugestão de um plano de integração de um novo profissional no serviço de urgência.

2.1. Sugestão do Plano de Integração de um Novo Profissional

No sentido de enriquecer o Manual de Integração, de o tornar objetivo e atual sugere-se a criação de um plano de integração que deve ser construído e gerido consoante as necessidades do serviço.

Conforme Machado *et al* (2014 p. 127) "*o período de integração é... complexo. Sobretudo requer uma preparação mais completa e cuidada.*", opinando que o período de integração deve ser preparado e convenientemente acompanhado de forma a garantir que a informação não é desperdiçada e que os objetivos do processo de integração não são perdidos.

Desta forma, sugere-se, para o S.U., um plano de integração desenvolvido com vista a dotar os Enfermeiros de competências determinantes, de forma contínua mas progressiva. Pretende-se que os elementos mais novos não estejam exclusivamente em determinados setores e que os elementos mais "velhos", mas experientes e com mais competências possam inserir e acompanhar os mais novos no processo de desenvolvimento de capacidades e competências específicas; tornando este processo dinâmico e favorecendo também a interatividade e motivação dos vários profissionais.

Tendo em conta as performances de serviços com creditação, aconselha-se a formação de uma equipa responsável pela integração de novos elementos. Pretende-se que o plano de integração contemple vários itens, nomeadamente que seja ferramenta que contribua para a segurança e qualidade dos Cuidados em Enfermagem. O plano de integração visa que a supervisão em Enfermagem seja exercida para o sucesso do processo; assim um modelo de Supervisão Clínica torna-se fundamental para o desenvolvimento profissional e

disciplinar, com respetiva certificação de competências e avaliação contínua das mesmas (Fernandes, 2013).

Neste plano de integração pressupõe-se que o novo Enfermeiro seja acompanhado, apoiado nas novas situações profissionais por um elemento capaz e competente, num ambiente hospitalar que exige, especialmente, um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento.

Os objetivos do processo de integração são os seguintes:

- Conhecer a estrutura física do serviço;
- Conhecer os recursos humanos e materiais do serviço;
- Conhecer os procedimentos burocráticos à prestação de cuidados;
- Compreender o circuito do doente no serviço de urgência;
- Saber utilizar os sistemas informáticos que apoiam a prestação de cuidados.

O método de integração deverá ter alguns princípios importantes, tais como: (Azevedo, 1996)

- Deverá ter a duração mínima de quatro semanas;
- O novo elemento deverá ser sempre colocado como supranumerário;
- O novo elemento deverá ser sempre acompanhado pelo mesmo enfermeiro.

Durante o tempo de integração definido por cada instituição, existem um conjunto de objetivos gerais que devem ser cumpridos à medida que o processo de integração evolui, de modo a contribuir para o sucesso de integração. Os objetivos gerais do processo de integração a cumprir por parte do enfermeiro recém-chegado são os seguintes (Silva, 2013):

- Conhecer a estrutura organizacional da instituição;
- Conhecer a estrutura física, os recursos humanos e técnicos;
- Conhecer sistemas de gestão da qualidade e os meios de comunicação interna;
- Conhecer e apreender os circuitos dos doentes;
- Perceber a articulação entre os diferentes serviços de apoio;
- Apreender os sistemas para registos;
- Conhecer o processo de formação da instituição.

O primeiro dia do processo de integração de um profissional num serviço de urgência torna-se fundamental pois é o primeiro contacto entre o enfermeiro recém-chegado e a instituição onde vai exercer funções. De acordo com Silva (2013) existem neste primeiro dia, algumas atividades fundamentais, tais como:

- Apresentação do serviço;
- Apresentação ao enfermeiro-chefe do serviço, com posterior entrevista onde serão explicadas questões como a organização dos cuidados de enfermagem no serviço em questão, assim como o regime laboral e o funcionamento do serviço;
- Apresentação do enfermeiro supervisor/responsável pelo processo de integração;
- Apresentação à equipa de trabalho;
- Consulta do guia de integração e dos regulamentos hospitalares;
- Conhecimento do horário de trabalho a desenvolver.

A partir do primeiro dia, a integração deverá ser gradual e evolutiva. A bibliografia não é esclarecedora quanto aos passos seguintes, no entanto, é fundamental apostar na formação no novo profissional, de modo a que a sua evolução seja gradual e positiva, passando assim de áreas menos específicas para as mais específicas. Deste modo, cabe a cada instituição definir o plano de integração que melhor se adequa ao profissional recém-chegado.

3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Seguidamente será efetuada uma breve apresentação do Centro Hospitalar (CH) e mais especificamente do serviço de urgência desta mesma instituição.

3.1. O Serviço de Urgência

Relativamente ao serviço de urgência do CH, sobre o qual se refere este manual, podemos defini-lo como um serviço de urgência médico-cirúrgica polivalente constituído por equipas multiprofissionais e multidisciplinares que prestam cuidados específicos e especializados à população.

De acordo com o Regulamento do Serviço de Urgência, deliberado a 3 de julho de 2009 pelo Conselho de Administração, capítulo 1, artigo 1º, “O serviço de Urgência do Centro hospitalar (...) tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, em articulação com os cuidados primários e os hospitais que integram a rede do Serviço Nacional de Saúde”. Além disso, no mesmo capítulo, no artigo 2º, é também definido que este serviço tem como objetivos “Corresponder com eficácia e polivalência aos cuidados de saúde solicitados; desenvolver a sua atividade de acordo com os avanços contínuos da medicina; contribuir com as condições necessárias aos profissionais para o alcance do desiderato a que se propõe”. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p.4)

Quanto à sua localização podemos encontrar serviços de urgência diferentes em cada uma das unidades. Deste modo, na Unidade I está situado o SU geral e pediátrico; na Unidade II, encontra-se a urgência de Obstetrícia/Ginecologia. Além disto, é importante referir que a área de influência direta do SU do CH corresponde aos concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho e, em extensão, aos seguintes concelhos limítrofes a sul do Rio Douro, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, Ovar, Arouca e Vale de Cambra.

Em suma, e citando mais uma vez o Regulamento do Serviço de Urgência, “o principal objetivo do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar (...), é proporcionar os cuidados permanentes e necessários a todos os doentes de acordo com o <<estado de arte

médica>>, de forma atempada e apropriada”. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 9)

De seguida, irá ser explanado a organização estrutural e física do SU.

3.2. Organização Estrutural e Física do SU

O SU do CH localiza-se no pavilhão central deste hospital, ao nível do piso -1. Relativamente à sua estrutura física, de seguida apresenta-se a planta do SU de modo a permitir uma perceção geral do espaço disponível.

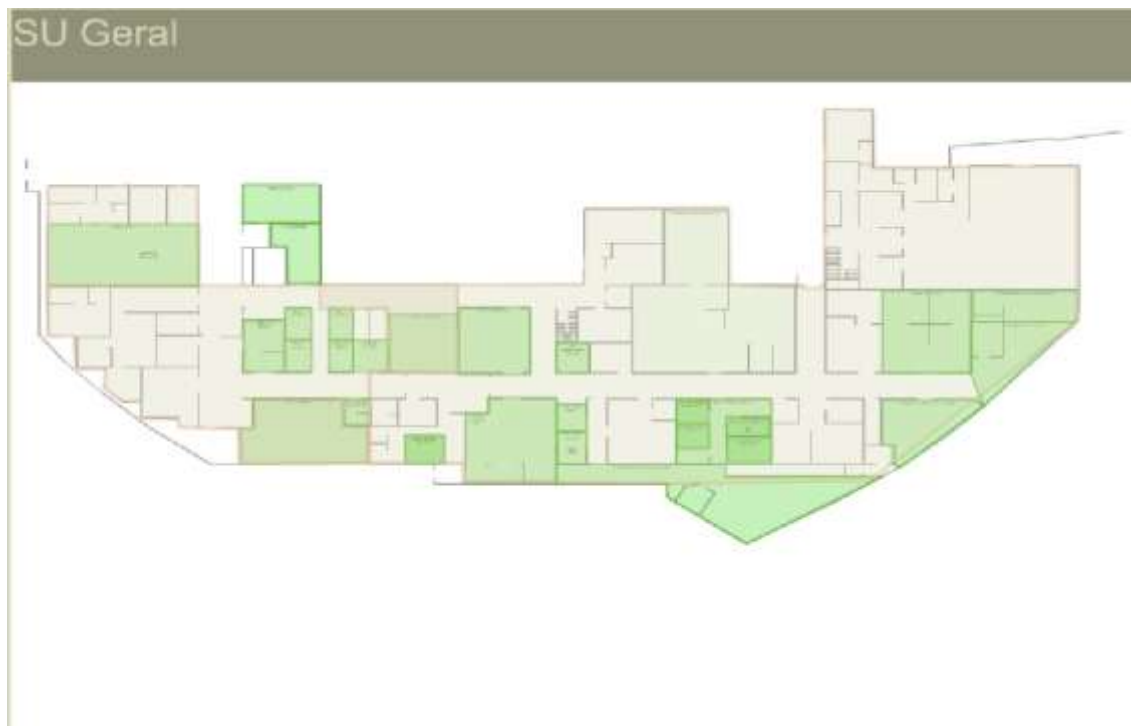


IMAGEM 1 - PLANTA DO SU (FONTE: MANUAL DA INSTITUIÇÃO, 2017)

Quanto à sua organização estrutural, este SU apresenta-se organizado por sectores pelo qual o doente que procura este serviço passa, de forma lógica e sequencial, de acordo com as necessidades existentes. Deste modo, de seguida irão ser apresentados em subcapítulos os diferentes sectores que o doente percorre desde a sua admissão no serviço de urgência até ao momento da alta/internamento. Além disso, serão discriminadas as funções dos enfermeiros nos diferentes sectores do serviço de urgência.

3.2.1. Admissão dos Doentes

Após a entrada no serviço de urgência o doente deverá comparecer no balcão de admissão onde se encontra uma equipa de administrativos que irão efetuar a ficha do doente com os seus dados pessoais, de modo a inseri-lo no sistema para dar início ao episódio de urgência. É também neste momento que será efetuado o pagamento das respetivas taxas moderadoras.

Esta admissão será efetuada por ordem de chegada e será de carácter obrigatório para todos os doentes que dão entrada no SU, à exceção do doente emergente que seguirá de forma imediata para sala de emergência.

Seguidamente, os doentes serão encaminhados para a Urgência Geral Adultos ou Pediátrica, consoante a faixa etária.

3.2.2. Triagem de Prioridades

Após o processo de admissão, o doente será chamado ao gabinete de triagem. Em termos físicos, existem neste SU dois gabinetes de triagem, gabinete 1 e 2, em locais físicos distintos mas paralelos. Em cada um encontramos um enfermeiro triador que será responsável por ouvir o motivo de vinda do doente ao SU e que de acordo com um fluxograma estipulado em formato eletrónico, procede ao encaminhamento do utente para as diversas áreas existentes e que melhor resposta poderá dar à situação.

O Enfermeiro responsável pela triagem deve seguir as indicações do fluxograma, sendo que também é portador de juízo clínico e isso pode interferir com a decisão previamente delineada pelo fluxograma. O Enfermeiro atribui assim ao utente uma pulseira identificativa colorida, conforme prioridade da situação. É de salientar que um método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. (Grupo Português de Triagem, 2015)

A triagem existente neste SU baseia-se no sistema de Triagem de *Manchester*. Este sistema foi implementado em novembro de 1994, em *Manchester*, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos serviços de urgência, com os objetivos claros de existirem normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico, com

nomenclaturas, definições e metodologias comuns. (Grupo Português de Triagem, 2015) Assim, a avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada, ou seja, de acordo com o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Deste modo, existe uma lista com cerca de 50 fluxogramas possíveis que se baseiam nas queixas iniciais e que trazem os doentes ao serviço de urgência. Cada um destes fluxogramas, de acordo com alguns discriminadores gerais e específicos, irá apontar para uma determinada cor, identificativa então da pulseira que é colocada ao doente (Grupo Português de Triagem, 2015).

Seguidamente serão apresentadas imagens que descrevem o processo dos fluxogramas em concordância com os discriminadores específicos como foi explicado anteriormente.

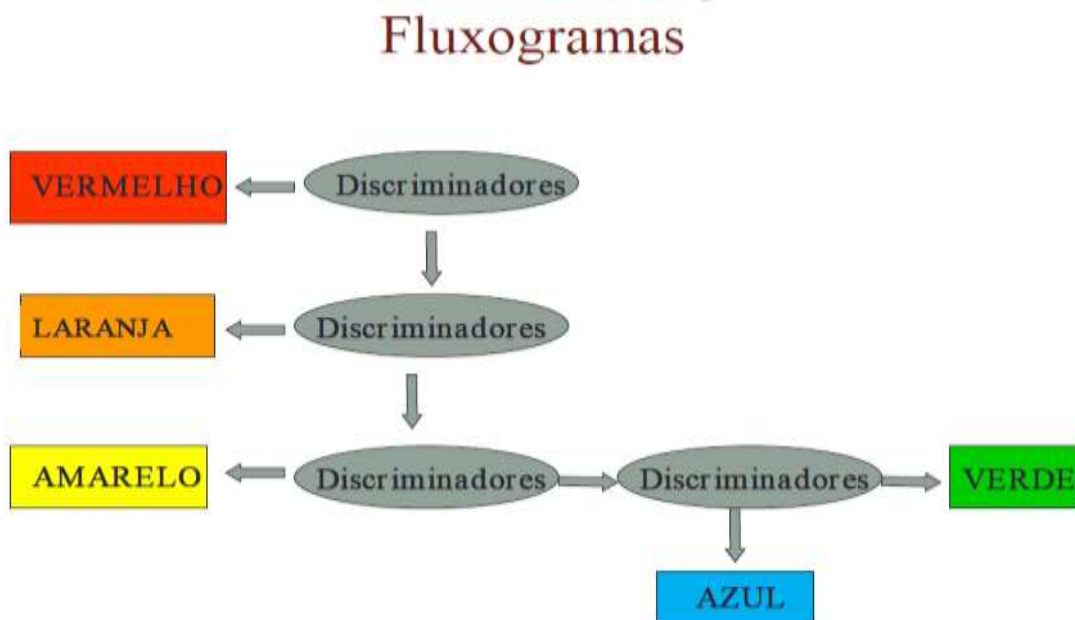


Imagem 2 – Fluxogramas (Fonte: Grupo Português de Triagem, 2015)

Na imagem 2 podemos perceber a relação entre os discriminadores e a resultante cor de acordo com a Triagem de *Manchester*. Já na imagem seguinte, a número 3, são apresentados com mais pormenor os discriminadores que vão especificando os fluxogramas de modo a definir a prioridade de atendimento (Grupo Português de Triagem, 2015).

Fluxograma



Imagem 3 – Fluxogramas e Discriminadores (Fonte: Grupo Português de Triagem, 2015)

Assim, são atribuídas, em forma de cores, as 5 prioridades clínicas, como é apresentado na imagem 4.



IMAGEM 4 – PRIORIDADES NA TRIAGEM DE MANCHESTER

As cores das pulseiras de identificação a colocar nos doentes serão então definidas de acordo com a prioridade a que cada cor corresponde, como foi acima referido.

Neste sector, os cuidados prestados pelo enfermeiro triador são os seguintes:

- Acolher o doente e o seu acompanhante;
- Identificar e avaliar a situação problema;
- Seguir o fluxograma da triagem de Manchester, através do sistema informático, aplicando os algoritmos da triagem de prioridades;
- Colocar a pulseira de identificação no pulso do doente e informar o doente e seu acompanhante de qual o significado daquela cor de pulseira (prioridades e tempos de espera) e para onde será encaminhado;
- Esclarecer o acompanhante do doente acerca da sua permanência no SU e no levantamento de pulseira identificativa de acompanhante;
- Encaminhar o doente para a respetiva área de observação em função do resultado obtido pelo discriminador e fluxograma utilizado, solicitando a colaboração do assistente operacional destacado;
- Providenciar recursos materiais necessários ao conforto do doente, como macas, cadeira de rodas, de acordo com a disponibilidade de recursos e situação clínica do doente;
- Delegar o acompanhamento do doente ao assistente operacional destacado e supervisionar essa função;
- Assegurar o controlo de infeção.

É neste sector que também poderão ser ativadas as denominadas “Vias Verdes” De facto, a circulação de utentes na urgência está sujeita à implementação de normas próprias que tornem a assistência mais eficaz e segura. Assim, os doentes com sinais ou sintomas compatíveis com Acidente Vascular Cerebral, Obstrução das Artérias Coronárias, Infeções Generalizadas e Traumatismos graves são incluídas, de acordo com alguns critérios de seleção estipulados, em vias prioritárias de atendimento – Vias Verdes – que facilitam o atendimento quase imediato destes doentes, uma vez que sabemos, que nestes casos, um tratamento mais precoce diminui o risco de vida ou de falência de um determinado órgão.

As Vias Verdes tornam mais ágil e rápido o encaminhamento/acompanhamento dos doentes de forma a evitar ou a atenuar situações agravadas de doença.

A ativação das "vias verdes" pode ocorrer através das equipas médicas e de enfermeiros que fazem assistência pré-hospitalar, todavia também pode ocorrer no momento da triagem ou aquando a avaliação do doente, normalmente seguindo um protocolo definido. As vias verdes existentes são quatro e são as seguintes: Via Verde Sépsis, Via Verde Coronária, Via Verde AVC e Via Verde Trauma.

Pressupõe-se ainda que este momento de triagem seja realizado no menor tempo possível, de modo a que os cuidados necessários sejam iniciados o mais precoce possível. É de referir também que a qualquer momento da permanência do doente no SU, este pode, pelas mais variadas razões, ser retriado, adquirindo assim uma nova prioridade.

Após a realização da triagem por prioridade clínica, com exceção dos doentes que são imediatamente orientados para a Sala de Emergência, todos os outros serão encaminhados para áreas diferenciadas tais como: área médica, área cirúrgica, ortopedia, clínica geral ou pneumologia. Cada uma destas áreas serão especificadas seguidamente.

3.2.3. Sala de Emergência

“Os doentes emergentes são admitidos diretamente para a Sala de Emergência para observação e realização de procedimentos considerados relevantes”. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 10)

A Sala de Emergência é uma sala devidamente equipada, com equipa própria e coordenada por médico com competências próprias. Quanto ao seu espaço físico, esta sala tem capacidade para dois doentes emergentes em simultâneo com os respetivos dispositivos e materiais necessários a este tipo de doentes. Encontra-se estrategicamente num local contíguo à entrada do SU de modo a permitir uma rápida assistência. Quanto ao rácio das equipas neste sector, está estipulado dois enfermeiros responsáveis por esta sala e também pela reanimação intra-hospitalar, sendo que um destes elementos também assegura um outro sector do SU, quando a sala não tem a total lotação.

Relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes a este sector, o enfermeiro tem como funções:

- Acolher o doente;
- Identificar a situação de emergência e a intervenção de enfermagem associada;
- Planear os cuidados necessários à situação e executar as intervenções associadas, nomeadamente no que se refere à vigilância e à prevenção de complicações;
- Documentar todas as atividades desenvolvidas nos respetivos registos de enfermagem;
- Gerir a utilização das salas de emergência de acordo com a gravidade e necessidades de cuidados dos doentes;
- Providenciar o acompanhamento do doente nos circuitos intra ou extra-hospitalares, sempre que seja necessário;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na execução de técnicas invasivas ou de elevada complexidade;
- Supervisionar a atuação do assistente operacional destacado para o mesmo posto de trabalho;
- Assegurar a existência dos recursos materiais necessários à execução das atividades planeadas;
- Garantir a funcionalidade dos equipamentos de emergência existentes na sala;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.2.4. Área Médica

“Na área médica, os doentes muito urgentes ou urgentes, são observados pelo médico e efetuam-se procedimentos de enfermagem apropriados.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 10) Neste sentido, esta área de trabalho dispõe de Sala de Cuidados onde os utentes permanecem e aguardam procedimentos, observação médica e exames complementares, e onde as patologias predominantes são as do foro médico, neurologia e cardiologia.

Nesta área estão normalmente três enfermeiros e dois auxiliares. Assim, os cuidados de enfermagem subjacentes são:

- Acolher o doente e/ou acompanhante;

- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, priorizando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Avaliar o impacto e os resultados das intervenções implementadas;
- Executar os registos de enfermagem de todas as intervenções efetuadas;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Gerir a presença dos familiares ou pessoas significativas dos doentes;
- Providenciar o acompanhamento do doente nos transportes intra-hospitalares sempre que a situação assim o exija;
- Supervisionar as funções do assistente operacional destacado;
- Gerir recursos materiais e humanos, mantendo uma ordem funcional dentro da sala;
- Assegurar a privacidade dos doentes;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.2.5. Área Cirúrgica

“Na área cirúrgica os doentes urgentes ou muito urgentes são observados pelo médico preferencialmente nas boxes existentes; os procedimentos de pequena cirurgia e de enfermagem são realizados no espaço existente para esse fim.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 11)

É uma área onde as patologias predominantes são ao do foro cirúrgico, especialidade de Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica, Urologia. Dispõe de uma sala de cuidados onde são realizados procedimentos de pequena cirurgia e Enfermagem, observação médica e onde os doentes aguardam exames complementares. Habitualmente estão destacados dois enfermeiros e um assistente operacional.

Relativamente aos cuidados de enfermagem existentes neste sector, eles são os seguintes:

- Receber o doente e/ou acompanhante;

- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Avaliar o impacto e os resultados das intervenções implementadas;
- Executar os registos de enfermagem de todas as intervenções efetuadas;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Gerir a utilização da sala de intervenções de acordo com a gravidade e a necessidade de cuidados;
- Providenciar o acompanhamento do doente nos transportes intra-hospitalares sempre que a situação assim o exija;
- Supervisionar as funções do assistente operacional destacado;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.2.6. Ortopedia

Esta área de trabalho dispõe de sala própria para a observação médica e realização de procedimentos.

Para este sector está destacado um enfermeiro que se encontra simultaneamente no sector da pneumologia.

As principais intervenções de enfermagem passam por:

- Receber o doente e/ou acompanhante;
- Identificar a situação de saúde que pressupõe a intervenção do enfermeiro;
- Planear os cuidados necessários e adequados à situação;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na execução de técnicas médicas invasivas;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;

- Assegurar o controlo de infeção.

3.2.7. Pneumologia

A presença desta especialidade com gabinete próprio no S.U. justifica-se pelo historial do Hospital como um sanatório de doenças do foro respiratório.

Neste sector, está presente um enfermeiro (o mesmo responsável pelo sector da ortopedia como foi referido anteriormente), que tem as mesmas funções referidas anteriormente no sector da ortopedia.

3.2.8. Clínica Geral

“Os doentes urgentes autónomos, pouco urgentes e não urgentes são observados nos Gabinetes Médicos da Clínica Geral e os procedimentos de enfermagem são realizados no espaço contíguo para esse fim.” (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 11)

Neste sector existem três gabinetes médicos onde os doentes são observados e uma sala de procedimentos de enfermagem correspondente. Quanto ao rácio neste sector, está estipulado a presença de um enfermeiro e um assistente operacional.

Relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes a este sector, podemos definir os seguintes:

- Receber o doente e/ou acompanhante;
- Executar intervenções de enfermagem adequadas à situação apresentada, relevando a vigilância e a prevenção de complicações;
- Assegurar o conforto e humanização dos cuidados;
- Assegurar o controlo de infeção.

3.2.9. Especialidades

Para situações específicas em que os doentes não urgentes que procuram o serviço de urgência necessitam ser observados por determinadas especialidades, como por exemplo

ORL ou oftalmologia, estes serão encaminhados para a consulta externa (espaço externo ao SU).

Segundo a alínea 7 do artigo 18º, do Regulamento do Serviço de Urgência *"As áreas funcionais dispõem de corpo clínico ativo, devidamente articulado com corpos clínicos consultivos, obedecendo às regras de referência assistencial preconizadas para o hospital"*. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p.11) Os corpos clínicos não presenciais são as especialidades tais como: ORL, Oftalmologia, Cardiologia, Cardiotorácica, Cirurgia Plástica e Vascular.

De forma a perceber as disponibilidades horárias/encaminhamento de algumas especialidades segue um esquema orientativo:

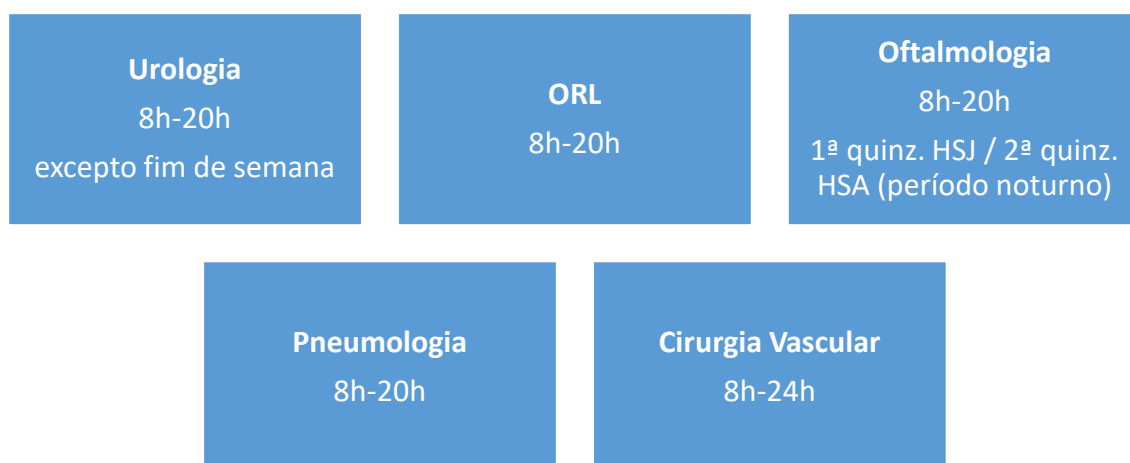


Imagem 5 – Disponibilidade de Especialidades no SU

3.2.10. OBS Internamento

Neste SU, a OBS internamento consiste numa sala de observação onde os doentes permanecem até que o seu internamento efetivo nos serviços diferenciados seja efetuado. Assim, estas salas são contíguas aos sectores já existentes, como nomeadamente a sala de OBS de medicina, paralela à área médica, e a sala de OBS de cirurgia, paralela à área cirúrgica. Além destas, existe ainda a sala de OBS geral, com espaço físico independente neste SU, onde se encontram os doentes que aguardam efetivamente internamento noutros serviços, mas que necessitam de uma vigilância e cuidados mais específicos.

Neste sector, o rácio de enfermeiros é de dois por turno; quanto aos assistentes operacionais, está sempre presente um por turno. Uma outra particularidade destes serviços, é que são permitidas visitas dos familiares/pessoas significativas em horário específico. Assim, as visitas permitidas são divididas por dois períodos: das 15:30h às 16:00h e das 20:30h às 21:00h.

Neste sector, as funções dos enfermeiros que lá estão destacados consistem na prestação de cuidados de enfermagem contínuos aos doentes, tais como:

- Prestação de cuidados de higiene e conforto;
- Administração de terapêutica;
- Fornecimento de refeições, quando situação clínica o permite;
- Monitorização contínua através de telemetria;
- Providenciar condições para a realização de exames complementares de diagnóstico;
- Realizar registos de enfermagem.

É de salientar que todos estes sectores trabalham em articulação com serviços de apoio tais como a farmácia, os exames complementares de diagnóstico, o laboratório e o serviço de copa para a distribuição de refeições.

3.3. Organização Humana

Os recursos humanos são o ex-libris das instituições. São eles que definem as dinâmicas e zelam pelo bom funcionamento dos serviços, assegurando o cumprimento de boas práticas.

De seguida será descrita a constituição e as funções das diversas equipas de Enfermagem que constituem o SU.

3.3.1. Equipa Médica

Está preconizado em Regulamento do SU que as equipas multidisciplinares e multiprofissionais sejam adequadas às necessidades da população, quer a nível da dimensão quer da caracterização e especialização das mesmas.

As equipas médicas são mistas e são constituídas por médicos que pertencem a diversos serviços do hospital assim como médicos em regime de prestação de serviços.

A Direção do SU é constituída por um diretor de serviço nomeado pelo Conselho de Administração, sobre proposta do Diretor Clínico.

Sob sua alçada está o planeamento e direção da atividade do serviço, *"em articulação com o Conselho Diretivo da Unidade de Gestão Integrada da Urgência e Intensivismo, de acordo com o Regulamento Interno do CH"*. Decorre também das suas funções *"articular com os vários órgãos de chefia ou profissionais dirigentes"*. (Regulamento do SU, 2009)

Relativamente aos chefes de equipa médicos, em cada equipa do SU existe um com as competências delineadas no Regulamento do SU.

3.3.2. Equipa de Enfermagem

O Enfermeiro-Chefe do Serviço de Urgência conforme descrito no ponto 1 do artigo 10º do Regulamento do SU *"articulará com a Direção do Serviço da Urgência e com os Enfermeiros-Coordenadores de Equipa na definição de estratégias para o melhoramento contínuo da organização do serviço"*. (Regulamento do Serviço de Urgência, 2009, p. 8)

A equipa de Enfermagem do SU do CH está dividida em 5 equipas, sendo que em cada uma há um coordenador que articula diretamente com o Enfermeiro Chefe do SU e colabora com a direção do mesmo, no sentido da gestão e otimização organizacional. Na ausência do coordenador assume funções de gestão o subcoordenador.

Cada equipa é, então, constituída por 14 elementos; cada elemento tem funções/competências específicas que foram desenvolvidas e aprovadas. De acordo com as competências, características pessoais e valorização do trabalho são distribuídos em plano de trabalho:

- 1 Enfermeiro de coordenação/gestão;
- 2 Enfermeiros alocados à triagem (gabinete 1 e 2);
- 2 Enfermeiros responsáveis pela sala de emergência/reanimação intra-hospitalar (sendo que um destes elementos habitualmente também assegura um outro setor do SU);
- 2 Enfermeiros alocados a OBS geral (rácio de 4 doentes para 1 Enfermeiro);
- 2 Enfermeiros alocados a OBS "laranja" (internados "ppp");
- 2 Enfermeiros alocados à área médica "laranja";
- 2 Enfermeiros responsáveis pela área cirúrgica;
- 1 Enfermeiro responsável pela sala de ortopedia e sala de pneumologia.

Por definição e atribuição da chefia, os Enfermeiros das diversas equipas têm, como já foi referido, competências específicas que lhes permitem desenvolver ou não a sua atividade dentro dos vários setores do SU. Assim, pode ser observado em horário de Enfermagem cores, associadas a cada Enfermeiro, que revelam quais são as competências de cada um. Está suposto que as equipas estejam equilibradas em antiguidade e experiência, bem como em competências, atribuídas academicamente (como a especialidade e o Mestrado) ou adquiridas em contexto profissional.

Relativamente ao horário de trabalho desta classe profissional, os turnos são definidos como turno da manhã (das 08:00h às 15:30h), turno da tarde (das 15:00h às 22:30h) e turno da noite (das 22:00h às 08:00 do dia seguinte).

Esta equipa de profissionais engloba enfermeiros com diferentes competências, tais como os generalistas, especialistas e o enfermeiro coordenador que detém funções específicas na equipa.

O perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais é delineado pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015 e visa providenciar um enquadramento regulador à prática de cuidados. O Enfermeiro Generalista deve ser capaz de desenvolver uma prática profissional responsável de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico; prestar e gerir os cuidados, contribuindo para a promoção da saúde, fazendo uso do processo de Enfermagem, estabelecendo uma comunicação e relações interpessoais eficazes, promove um ambiente seguro e de cuidados

interprofissionais, delegando e supervisionando tarefas; desenvolver-se profissionalmente, valorizando-se profissionalmente, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem e desenvolvendo processos de formação contínua (OE, 2015).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2005), os enfermeiros de cuidados gerais têm dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são todas as “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 2,3) Por outro lado, as intervenções interdependentes são todas as ações “realizadas pelos enfermeiros, de acordo com as respetivas qualificações profissionais de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 2,3)

Assim, de acordo com as suas qualificações profissionais, os Enfermeiros de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2005) têm como funções:

- Organizar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as intervenções de enfermagem;
- Decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes;
- Utilizar técnicas próprias da profissão de enfermagem com o objetivo da manutenção e recuperação das funções vitais do doente, nomeadamente a respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- Participar na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, em contexto de internamento, ambulatório ou domicílio;
- Proceder à administração de terapêutica, detetando e avaliando os seus efeitos, atuando em conformidade, devendo em situação de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, com objetivos definidos;
- Proceder ao ensino do doente sobre todo o tipo de matérias relacionadas com os cuidados.

Quanto ao Enfermeiro especialista, o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 122/2011 de 18 de fevereiro 2011 explana as competências comuns ao Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialidade. O Enfermeiro Especialista deve ser capaz de realizar a conceção, gestão e supervisão de cuidados demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os domínios de competência do Enfermeiro Especialista são: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio melhoria contínua da qualidade, nomeadamente através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e contextos e domínio das aprendizagens profissionais, baseando a sua prática clínica especializada em base sólidas e atuais de conhecimento (OE, 2011).

As competências específicas resultam da capacidade de resposta humanas aos processos de vida, de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, manifestadas por um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Por último, o Enfermeiro Coordenador ocupa uma função específica na equipa de enfermagem, assumindo em cada turno apenas a função de coordenador. Deste modo, assumindo funções de gestão dentro da equipa deve preservar a cortesia profissional multidisciplinar e multiprofissional (Regulamento do SU, 2009).

Sendo este serviço uma urgência médico-cirúrgica polivalente, o doente crítico é o centro dos cuidados da equipa de saúde. O doente crítico é por definição aquele que se encontra em situação crítica, cuja vida está ameaçada por eminente ou efetiva falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Deste modo, os cuidados de Enfermagem prestados ao doente crítico são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa em situação crítica de forma a dar resposta às necessidades detetadas e permitindo deste modo a manutenção das funções básicas compatíveis com a vida, tendo como objetivo primário a recuperação total do doente. Estes cuidados revestem-se de uma importância máxima e englobam uma avaliação e monitorização constantes de forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados e de prever e detetar precocemente

as complicações de modo a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Colégio da Especialidade, 2017).

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista detém um conhecimento mais aprofundado num determinado domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, reunindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção. Ou seja, as competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, decorrendo assim do aprofundamento desses mesmos domínios (Colégio da Especialidade, 2017).

Assim, o papel do Enfermeiro Especialista neste contexto deverá ser mais completo e específico. De facto, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e à sua família, o Enfermeiro Especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Deste modo, o papel do Enfermeiro Especialista num contexto de serviço de urgência, na prestação de cuidados ao doente crítico assenta em três grandes domínios (Diário da República, 2011):

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Relativamente a estes três domínios que foram descritos anteriormente, são inúmeras as funções específicas do enfermeiro especialista em contexto de urgência que podemos definir, tais como (Diário da República, 2011):

- Prestar de cuidados à pessoa em situação emergente/urgente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir da administração de protocolos terapêuticos complexos;

- Gerir diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assegurar a assistência à pessoa e à respetiva família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- Desenvolver da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Estabelecer o equilíbrio da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica;
- Planear a resposta específica perante as pessoas em situação de emergência/urgência;
- Gerir e liderar os cuidados e as respetivas equipas em situações de Emergência e/ou Catástrofe;
- Definir de um plano de prevenção e controlo de infeção de modo a dar resposta às necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica.

De acordo com o Regulamento do Serviço de Urgência (2009, p. 8) “O Enfermeiro-Coordenador de Equipa é nomeado pelo Enfermeiro-Chefe, e tem como competências:

- Colaborar com a Direção do Serviço de Urgência por forma ao contínuo melhoramento organizacional do Serviço;
- Preservar a cortesia profissional multidisciplinar e multiprofissional;
- Assumir as funções que lhe são delegadas pelo Enfermeiro-Chefe e pela legislação em vigor.”

As suas funções vêm resumidas no quadro que se segue.

Turno da Manhã	Turno da Tarde	Turno da Noite
<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Repor Setores • Enviar etiquetas de sangue para o Laboratório • Solicitar Refeições (almoço e lanche) • Proceder à desconvoção de elementos (até às 11h30) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Auscultar colegas, repor setores e otimizar pedidos de medicação para os internados • Solicitar Refeições (jantar e ceia) • Proceder à desconvoção de elementos (até às 18h30) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rececionar estupefacientes • Restabelecer setores, otimizar pedidos de medicação para os internados • Proceder à desconvoção de elementos (até às 23h30) • Solicitar Refeições (pequeno-almoço) • Efetuar e enviar relatórios (ocorrências e estupefacientes) • Realizar plano de trabalho para o turno seguinte da equipa

Imagem 6 – Funções Específicas do Enfermeiro Coordenador

Ainda, em todos os turnos, ao longo dos mesmos, é função do Enfermeiro Coordenador:

- Monitorizar tempos de espera da TM e abrir 3º posto se o tempo de espera da triagem for superior ou igual a 10 minutos e/ou perfil com mais de 10 doentes em lista de espera;
- Apoiar os diversos setores, com colaboração na Sala de Emergência, se necessário;
- Atender às horas de refeição e gestão de elementos entre setores para haver equilíbrio da equipa;
- Substituir elementos nos setores em caso de funcionamento da Sala de Emergência.

Estando o S.U. dividido em vários sectores, com dinâmicas próprias, torna-se pertinente a implementação de determinadas rotinas que garantam o bom funcionamento e as boas práticas profissionais. Ainda assim, ao nível das equipas existem dinâmicas próprias instaladas que em nada perturbam o desenvolvimento das atividades gerais de trabalho. De forma a ser mais esclarecedor nomearei as atividades específicas a desenvolver em cada turno.

No turno da manhã e tarde o Enfermeiro responsável pela sala de emergência encarrega-se pelo preenchimento de *check-list's* da mesma sala, presentes em *dossier* próprio, que estabelecem a necessidade de verificação de monitores, malas de transporte e carros de emergência alocados aos diferentes setores do SU.

No turno da noite há um elemento responsável por verificar em cada setor a terapêutica com necessidade de reposição. Desta forma é elaborada uma *check-list* que é otimizada no turno da manhã, sendo corrigidos os níveis de armazenamento em armazém avançado de farmácia e repostos aos setores os medicamentos com níveis de quantidade reduzidos ou inexistentes.

Todavia, em cada turno aquando da necessidade de terapêutica a mesma deve ser reportada ao Enfermeiro Coordenador daquele turno, que toma as medidas necessárias à reposição da mesma, como já foi anteriormente definido.

3.3.3. Equipa de Assistentes Operacionais

Os Assistentes Operacionais desenvolvem o seu trabalho sob coordenação. As suas funções englobam o cuidado direto ao doente, mas contemplam também funções ao nível da higienização/desinfecção de material e ambiente no SU.

De uma forma geral, as principais atividades dos assistentes operacionais são:

- Acolher o doente e/ou acompanhante;
- Colaborar no transporte dos doentes com dificuldade de locomoção, em macas e cadeiras de rodas para a área destinada após o processo de triagem e fazer esse encaminhamento;
- Colaborar com o enfermeiro sempre que solicitado;
- Efetuar a reposição do material em falta sempre que se justifique;
- Ser responsável pelo transporte de produtos biológicos do Serviço de Urgência para os laboratórios correspondentes;
- Assegurar o transporte do doente para a realização de exames ou a transferência para outros sectores/serviços;
- Servir as refeições aos doentes de acordo com indicação existente.

Dentro de cada sector, os assistentes operacionais têm determinadas funções específicas que asseguram o bom funcionamento do serviço.

3.3.4. Gabinete de informação

O SU dispõe de um espaço físico ocupado pelo Gabinete de Informação, contíguo à sala de espera dos doentes. Este espaço funciona nos sete dias da semana, 24 horas por dia, e prestará “todas as informações necessárias em consonância com o perfil estabelecido no Sistema de Informação” (Gestão dos fluxos e dos circuitos no serviço de urgência polivalente geral, 2013).

É neste sector que os acompanhantes poderão localizar os seus familiares e adquirir a pulseira de acompanhantes.

Deste modo, e de acordo com o que está definido no documento de *Gestão dos fluxos e dos circuitos no SUP*, nas funções do Gabinete de Informação está compreendido:

- “As informações não clínicas sobre os doentes do SUP, em episódio de urgência ou de internamento que serão fornecida em articulação com o Chefe de Equipa, legal substituto ou o Médico Coordenador da Área Funcional;
- Coordenação das visitas aos doentes internados na Área Médica ou Cirúrgica, em articulação com o Médico Coordenador e/ou Enfermeiro da área respetiva;
- Coordenação dos acompanhantes na Área Médica e Cirúrgica.”

3.3.5. Equipa de segurança

O SU dispõe de uma equipa de porteiros/seguranças que promovem o funcionamento seguro deste serviço. Encontram-se estabelecidos na entrada do SU assim como junto da porta de saída. São estes profissionais que controlam a presença dos doentes no SU, assim como a sua saída depois de devidamente autorizada. Além disto, são fundamentais para a gestão dos acompanhantes dentro do serviço.

3.3.6. Equipa de Administrativos

A equipa de administrativos tem como espaço físico a entrada do SU pois é responsável, entre outras funções, da abertura do processo administrativo (episódio de urgência) de todos aqueles que procuram este serviço de urgência. É também esta equipa que será responsável pela realização dos processos de internamento dos doentes do SU noutros serviços diferenciados.

4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os sistemas de informação constituem uma parte fundamental da prática diária nas instituições de saúde nos dias de hoje. Já a Ordem dos Enfermeiros refere que “pela crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e pela verificação da relevância da informação para o processo de tomada de decisão, independentemente da sua natureza, no que se refere ao Sistema de Informação de Enfermagem, integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo máximo/mínimo de dados e a produção de conhecimento” (OE, 2007).

Relativamente à enfermagem, todos estes sistemas baseiam-se numa linguagem comum permitindo uma universalidade nos cuidados. Assim, “tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde (...) o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)”. (OE, 2007)

Neste serviço de urgência, as duas principais plataformas de sistemas de informação usadas são o ALERT® e o SClínico.

O ALERT® é um *software* destinado à requisição, triagem e encaminhamento de informação entre centros de saúde e hospitais, permitindo assim o registo de toda a informação clínica do doente por parte da equipa médica, de enfermagem, de forma intuitiva rápida.

Por outro lado, o SClínico é um dos sistemas usados com menos predominância neste serviço de urgência; no entanto, é uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente. Consiste num sistema de informação evolutivo, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações usadas por milhares de Médicos, Enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (sistema de apoio ao médico) e o SAPE (Sistema de apoio à prática de Enfermagem).

5. CONCLUSÃO

De acordo com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, a dimensão educativa dos clientes e dos pares, o perfil de orientação, aconselhamento e liderança que inclui a responsabilidade de tornar perceptível o conhecimento, disseminar e investigar de forma pertinente e assertiva, no sentido de progredir e aperfeiçoar a prática da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), é de relevante valor e função do Enfermeiro Especialista, num domínio específico da Enfermagem.

Neste sentido, foi desenvolvido o presente manual para os profissionais Enfermeiros que já desenvolvem funções no serviço, mas também para aqueles que vão ser integrados nas dinâmicas do mesmo.

Machado *et al* (2014) atribuem ao Manual de Acolhimento, a par de outras práticas de acolhimento/integração, uma eficácia de 61%. Pretende-se que o processo de integração incuta: "melhor compreensão do ambiente profissional, mais fácil inserção no mundo do trabalho (...), a compreensão do modo de funcionamento (...), a importância de fazer parte de uma equipa e proporcionar o desenvolvimento das suas próprias capacidades." (Machado, et al., 2014 p. 129).

De tudo isto resulta uma integração e uma autonomia funcional que podem ser monitorizadas através de entrevista futura, para que se possa perceber o êxito na integração de novos elementos (Machado, et al., 2014).

Uma vez que a ciência e as linhas orientadoras do manual de integração não são estáticas, mas derivam de uma visão dinâmica e construtiva, este encontra-se em permanente "construção", na perspectiva de excelência em Cuidados de Saúde. Este manual está, então, recetivo a sugestões de mudança que lhe permitam mostrar uma visão mais fiel e atual do serviço em questão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Wilson - Supervisão clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. "Revista Sinais Vitais". Coimbra. N.º 45 (Nov. 2002), p. 53-57.

Alarcão, Isabel; Tavares, José. 2007 – Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. 2ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN 9789724018522.

Benner, Patrícia - De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972853597X.

CH, Conselho de Administração. 2009. Regulamento do Serviço de Urgência. *Boletim Informativo*. 2009, 26.

Carvalho, Ana. "A Supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros". 2016. 174. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernandes, Olga. 2013. Supervisão Clínica de Pares: Práticas Supervisivas no desenvolvimento de Competências na Integração de Novos Enfermeiros. s.l. : Tese de Mestrado, 2013.

Grupo Português de Triagem, 2015 - Disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 - consultado em 20 de fevereiro de 2018

Macedo, Ana. 2013. "A supervisão de estágios em enfermagem: entre a escola e o hospital". Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 11

Machado, Artur. Machado, Dina. Portugal, Miguel. 2014. Organizações - Introdução à Gestão e Desenvolvimento das Pessoas. Lisboa : Escolar Editora, 2014. 978-972-592-414-3.

Norma nº010/2016 de 30.09.2016; DGS. Via Verde de Sépsis do adulto.

Norma nº015/2017 de 13.07.2017; DGS. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no adulto.

Ordem dos Enfermeiros. 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento nº122/2011*. 2011.

Ordem dos Enfermeiros. 2005. Regulamento das Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais – Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt> – consultado em 02 de março de 2018

Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica. Diário da República: 2ª série, Nº 35 (2011). Consultado a 05 março 2018. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Silva, Jorge. "Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um Hospital". 2013. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

**APÊNDICE 7 – Estudo de Caso: Refletir e Agir sobre a Vulnerabilidade
do Doente Crítico**



ESTUDO DE CASO – Refletir e Agir sobre a Vulnerabilidade do Doente Crítico e Paliativo

Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Católica Portuguesa

Por
Ana Rita de Oliveira Silveira da Fonseca

Porto – Janeiro de 2018

Índice

1. Introdução	201
2. A Vulnerabilidade do Doente Crítico – o que nos diz a evidência científica	205
3. Processo de Enfermagem	209
3.1 Avaliação Inicial	209
3.2 Atividades de Vigilância Geral	211
3.3 Focos/Diagnósticos de Enfermagem	214
4. Enquadramento do Caso, Teoria das Transições e Vulnerabilidade	223
5. Conclusão	225
6. Bibliografia	229

1. Introdução

Com o presente Estudo de Caso a estudante pretende analisar em concreto os problemas e as necessidades do doente, englobando a sua família, no sentido de encontrar estratégias que possam solucionar os problemas identificados. A aplicabilidade direta nos cuidados de Enfermagem pretende-se revestida de ações não farmacológicas, numa visão interdisciplinar dos cuidados, em autonomia de atuação.

Os dados descritivos desenvolvidos ao longo do presente trabalho espelham uma realidade onde o contexto de cuidados é complexo e irão permitir a construção de um relatório crítico/reflexivo, estruturado com o objetivo de decidir em mudanças positivas no cuidado em Enfermagem com o desenvolvimento de conhecimentos e competências face ao diagnóstico e intervenção de Enfermagem no domínio da vulnerabilidade experienciada pelo doente crítico e família.

Apoiada na evidência científica atual irei desenvolver o tema da vulnerabilidade, intrínseco ao ser humano em condição de doença e procurarei estabelecer uma metodologia de trabalho que me permita facultar ao doente em estado crítico uma adaptação na transição que vivencia, atenuando e/ou gerindo os fatores que o tornam vulnerável e suscetível nas mudanças que ocorrem.

O doente crítico está no centro da nossa atenção quando revestido de inúmero fatores preditores que o tornam vulnerável, a ansiedade, a dor, o *delirium*, sentimentos de impotência, incompreensão e solidão corroboram essa vulnerabilidade (Novaes, 1999; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

Estas perceções são possíveis pelos relatos de doentes com alta de unidades de cuidados intensivos e que são seguidos em consultas de follow-up, bem como dos estudos consultados sobre fatores de stresse para o doente internado em unidade de cuidados

intensivos (Novaes, 1999; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

O estudo de caso terá por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis que, considerando o seu nível de abstração, é uma teoria de médio alcance, uma vez que está ligada a fenómenos e conceitos específicos, atravessando diferentes campos da Enfermagem e refletindo uma variedade de situações.

A aplicabilidade prática desta teoria numa Unidade de Cuidados Intensivos emerge de transições situacionais e de saúde/doença, aguda e/ou crónica, potenciadoras de instabilidade. Assim, os cuidados de Enfermagem neste contexto estendem-se a todas as fases do processo de transição e abrangem o doente e a família.

Deste modo é importante definir transição, conforme Meleis & Trangenstein (1994, p. 256) como a *passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente.*

Numa perspetiva global da essência da pessoa a Teoria das Transições incide em três domínios: a natureza da transição, as condições em que essa transição ocorre e os padrões de resposta, que vão constituir o foco do seu quadro conceptual (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000). Quanto ao domínio “natureza” a transição pode ser examinada face ao seu tipo, padrão e propriedades. De acordo com Meleis *et al* (2000) as transições podem ser: saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional. Os padrões de transições podem ser qualificados como únicos ou múltiplos, sequenciais e relacionados ou não.

As propriedades da transição são descritas como: a consciencialização (perceção acerca da experiência de transição), o compromisso (grau de envolvimento do indivíduo no processo de transição), a mudança e diferença (significado para a pessoa a vivenciar o processo), o período de tempo (espaço temporal entre o processo de transição e o

significado de tempo para a pessoa) e os pontos e eventos críticos (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

No domínio das “condições em que a transição decorre” podemos distinguir contextos de transição facilitadores e inibidores. Relativamente ao domínio “padrões de resposta” são incluídos dois tipos de indicadores, processuais e de resultado os quais auxiliam a avaliação dos Enfermeiros (Meleis, 2010).

Numa perspetiva avançada da prática de Enfermagem, ajuizarei e abordarei de modo fundamentado os problemas identificados.

2. A vulnerabilidade do Doente Crítico – o que nos diz a evidência científica

O doente crítico admitido numa unidade de cuidados intensivos é invadido por uma panóplia de equipamentos tecnológicos e submetido a intervenções múltiplas que dão ênfase ao suporte das funções biológicas, com a manutenção e recuperação das mesmas. O impacto desta experiência causa sentimentos de instabilidade e insegurança, face à iminência do risco de vida, sendo também potenciadora de *stresse* para o doente (Novaes, 1999; Castro & Botelho, 2017).

Cada indivíduo é único e revestido de uma história pessoal que condiciona as suas experiências presentes, positiva ou negativamente.

A vulnerabilidade é traduzida por sentimentos de ansiedade e de *stresse* e pela experiência de dor física e psicológica, que derivam de inúmeros fatores que segundo a evidência científica podem ser controlados e geridos de forma mais eficaz, nomeadamente pelos Enfermeiros. A identificação destes fatores que atuam negativamente sobre o doente é de extrema importância para promover um ambiente mais humano e mais próximo, fazendo com que o doente e a família se sintam protegidos e valorizados (Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Castro & Botelho, 2017).

O processo de transição saúde-doença experienciado pelo doente crítico é marcado pelo desespero, pela angústia, com descrença no futuro (Castro & Botelho, 2017). Estes sentimentos e estas descrições confluem para a ideia de vulnerabilidade. De facto o doente crítico sente-se frágil, exposto e desprotegido.

Da literatura verificamos que é focada, entre outras, a experiência das funções corporais alteradas. Os pacientes vivenciam uma alteração brusca da imagem corporal e das funções do organismo; sentindo não conseguir gerir os seus sentimentos em relação aos

eu corpo, experimentando a dependência total. Tudo isto conduz ao sentimento de vulnerabilidade e ansiedade de uma maior deterioração. Ao mesmo tempo, fisicamente, vivem a sensação de estar preso a tubos, a sistemas (Baumgarten & Poulsen, 2014).

O doente crítico sente-se preso no seu próprio corpo, com perda total de controlo sobre o mesmo, sem conseguir mobilizar-se, sentindo até que aquele corpo não é o seu. Há um grande choque quando a pessoa acorda num ambiente que não lhe é familiar, submetendo-se a um sem número de tratamentos e rodeado de equipamentos, com profissionais que são estranhos (Novaes, 1999; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Castro & Botelho, 2017).

A sensação de estar desprotegido e completamente dependente relativamente às necessidades humanas mais básicas, com o corpo exposto é uma situação de extrema violência e impotência, onde o doente se consciencializa da sua fragilidade e dependência e vê a sua intimidade invadida (Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

A comunicação, central ao processo de cuidados, está também alterada; sobretudo durante o período de entubação orotraqueal. O doente quer comunicar, perceber o que se está a passar e sente-se incompreendido e impotente perante a incapacidade de se fazer compreender (Novaes, 1999; Castro & Botelho, 2017).

O doente ventilado mecanicamente experiencia sentimentos de ansiedade e desconforto e solidão uma vez que as suas tentativas de comunicar e de não ser bem-sucedido estão bastante presentes e podem conduzir à exaustão. Os doentes experienciam também a falha de comunicação acerca da sua situação clínica, o que lhes confere insegurança e sentimentos de impotência; ao contrário sentem-se seguros e envolvidos, traduzindo a sua aceitação quando lhes é fornecida informação, quando lhe é relatado o que se está a passar acerca do estado de saúde, isto é, quando o profissional comunica, se apresenta pelo nome e explica o que vai fazer (Novaes, 1999; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Baumgarten & Poulsen, 2014).

Neste sentido, à família é atribuído um papel importante relacionado com o apoio e com o conforto que pode proporcionar ao doente. Os doentes comunicam melhor, porque sentem que a família os tenta compreender, num esforço mútuo de comunicação. Contudo a família também pode revelar limitações nestas tentativas de comunicação e sentir-se exausta e frustrada pelas barreiras existentes (Baumgarten & Poulsen, 2014).

A oportunidade de comunicação através da escrita deve ser considerada e integrada nos cuidados aos doentes ventilados e conscientes (Novaes, 1999).

A experiência de os doentes se sentirem envolvidos nos cuidados é também referida e fá-los sentir-se mais humanos, dá-lhes força para que participem na recuperação e para que desenvolvam um melhor controlo das suas ações. O doente ventilado vive também a sensação assustadora de não estar a receber o ar suficiente para respirar, que conduz ao pânico, à ansiedade e à dificuldade em estar relaxado (Baumgarten & Poulsen, 2014). Outra experiência que marca o estudo realizado por Baumgarten & Poulsen relaciona-se com a experiência da ansiedade e do medo, relacionados com a possível falha dos equipamentos que suportam as funções vitais.

A dor e o desconforto, relacionados a com a presença do tubo orotraqueal e com a execução de procedimentos técnicos é também referida por (Novaes, 1999; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

A dor também se reveste de uma componente psicológica no sentido em que se estende à dor “da existência”. Os olhos dos profissionais estão voltados para as máquinas que alarmam, para o monitor que regista alterações e não se focam no doente; até os familiares se absorvem pela panóplia de máquinas e se esquecem de “olhar” para o doente. A dor reflete-se pela submissão ao corpo físico, ao corpo objeto (Castro & Botelho, 2017).

A importância da família e o significado que ela tem para o doente é também um ponto encontrado. O doente crítico procura pela condição de segurança.

O doente crítico necessita de se sentir apoiado, seguro para que ocorra diminuição de sentimentos negativos e prejudiciais à recuperação. A família representa para estes doentes o seu “porto seguro”, o “suporte”, a “conexão com o mundo exterior” e a “referência afetiva” neste tempo de enorme fragilidade e vulnerabilidade humanas. A presença de membros da família faz com que os doentes esqueçam a doença e o medo, fazendo-os sentir seguros (Castro & Botelho, 2017).

A experiência da presença dos profissionais faz com que o doente se sinta seguro. Contudo se o profissional mostrar por alguma atitude que não respeita o doente e que não o ouve ou não se interessa pelos seus apelos, isto pode levar ao sentimento de violação de dignidade do paciente. Por outro lado, a presença constante dos profissionais pode levar à restrição de comunicação com a família (Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

O sentimento de estar entre a vida e a morte surge e nesta confrontação percebida pelo doente crítico o sentimento de estar dependente dos outros ocorre novamente; o doente precisa dos profissionais para que a sua vida seja assegurada. Neste período de internamento o doente experiencia também a noção de perda do tempo, contudo estando sempre alerta e experiemento o *stresse* e o risco constantes (Castro & Botelho, 2017).

3. Processo de Enfermagem

Neste capítulo pretendo desenvolver o Processo de Enfermagem, através da exposição da história clínica, que consta da avaliação inicial, englobando as atividades de vigilância geral e respetivas intervenções daí decorrentes e, por fim, identificar focos de Enfermagem e formular Diagnósticos no âmbito da vulnerabilidade, com intervenções dirigidas e resultados esperados. O processo de Enfermagem constitui a base científica que sustenta a ação de Enfermagem, no sentido em que avalia e lhe dá resposta de forma estruturada, sistemática e fundamentada.

Como refere Aquino (2004) a sua implementação fornece vantagens, nomeadamente a facilitação da documentação de dados, o diagnóstico de problemas e a concretização de intervenções de Enfermagem sistematizadas, a manutenção de uma linguagem comum que otimize a comunicação e o desenvolvimento de meios de avaliação face aos cuidados prestados.

O processo de Enfermagem é contínuo, mas dinâmico na medida em que permite a atualização dos cuidados à medida que se alteram as necessidades do doente. Contempla 5 fases/etapas que estão interligadas, segundo Potter e Perry (2006): a avaliação/apreciação inicial, o diagnóstico de Enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação dos resultados.

3.1 Avaliação Inicial

O caso clínico que aqui se expõe tem como alvo principal da prestação de cuidados o doente J, de 37 anos de idade, nascido a 28 de Junho de 1980, sem antecedentes patológicos conhecidos. O Sr. J estava em união de facto, tem um filho e é motorista de profissão.

A escolha por este caso relaciona-se com a envolvimento de cuidados específicos e complexos tendo em conta a quantidade de sistemas orgânicos afetados que lhe conferiram vulnerabilidade acrescida, sendo um jovem adulto, com papel definido e importante a nível familiar, na manutenção e gestão financeira, encontrando-se a própria família, neste enquadramento, também mais suscetível decorrente do evento crítico.

O doente dá entrada na Unidade de Cuidados Intensivos Geral no decorrer de um acidente profissional. A situação ocorre em contexto de atropelamento com esmagamento do próprio por veículo de transportes de mercadoria. No sentido de enquadrar o doente nos cuidados refiro-me a um politraumatizado, onde a necessidade de suporte vital se encontra ao nível dos vários sistemas corporais: neurológico, cardiovascular, respiratório, tegumentar, ortopédico.

A nível crânio-encefálico revelou-se hematoma subdural occipital parafacial à esquerda, com hemorragia subaracnóideia vestigial paracentral à direita – sem indicação de abordagem cirúrgica. A nível torácico diagnosticaram-se fraturas de arcos costais bilaterais com abordagem de tratamento conservador; pneumotórax bilateral com abordagem cirúrgica por drenos torácicos; contusão pulmonar; derrame pleural à direita com drenagem por toracocentese. A nível abdominal ocorreu laceração hepática, hemorragia suprarrenal direita e hematoma retroperitoneal volumoso na goteira parieto-cólica direita que foram abordados de forma conservadora. Relativamente ao aparelho músculo-esquelético ocorreram: fratura da clavícula e omoplata direitas, que tiveram abordagem conservadora; fratura dos corpos vertebrais de L4-L5, com recuo do muro posterior, igualmente com abordagem conservadora, com indicação de utilização de colar cervical de imobilização; fratura do sacro e osso íliaco direito, submetido a osteotaxia com fixador externo *Hoffman*, com posterior resolução, com redução e fixação com material cirúrgico.

3.2 Atividades de Vigilância Geral

Estas atividades pressupõem uma ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na articulação entre prescrições médicas e intervenções de Enfermagem daí decorrentes.

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Ventilação Invasiva
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização da Saturação Periférica de Oxigénio Monitorização da Respiração Troca de filtro e harmónio Cuidados de higiene oral e cuidados ao tubo orotraqueal Manutenção da cabeceira elevada Avaliação da Limpeza das Vias Aéreas
Data de Termo	12/12/2017

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Tubo Endotraqueal
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização pressão do cuff Fixação do tubo no nível indicado Cuidados de higiene oral Manutenção da cabeceira elevada (>30º) Avaliação da limpeza das Vias Aéreas
Data de Termo	29/12/2017

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Cateterismo Arterial

INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização contínua da Pressão Arterial Invasiva Otimização do sistema de pressão invasiva Manutenção da permeabilidade do cateter Troca do sistema de pressão invasiva conforme protocolo do serviço Avaliação das extremidades do membro cateterizado
Data de Termo	

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Imobilização (Colar Cervical)
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Manutenção do alinhamento corporal Aplicação do colar cervical com apoio mentoniano e tamanho adequado Posicionamento Avaliação do tegumento Prevenção de Úlcera de Pressão
Data de Termo	

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Cateterismo Venoso Central
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Execução de tratamento ao local de inserção do cateter, com técnica asséptica Vigiar sinais de inflamação/infeção no local de inserção de cateter Otimização de cateter venoso central Administração de terapêutica, sangue e derivados
Data de Termo	

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Dreno Torácico (Hemitórax superior esquerdo)
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização de líquido de drenagem Vigilância das características de líquidos de drenagem Otimização de sistema de drenagem
Data de Termo	09/11/2017

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Cateterismo Vesical
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização da eliminação urinária Vigilância das características da urina Otimização do cateter urinário Troca do cateter urinário Cuidados de higiene perineal e do meato urinário
Data de Termo	

Data de Início	4/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Sensor de Índice Bispectral
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Aplicação da tira de BIS Monitorização do Índice Bispectral
Data de Termo	29/11/2017

Data de Início	12/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Ventilação Não Invasiva
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Monitorização da Saturação Periférica de Oxigénio Otimização da respiração através de dispositivos respiratórios Cuidados de higiene oral

	Avaliação da Limpeza das Vias Aéreas
Data de Termo	

Data de Início	29/11/2017
ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA GERAL	Cânula de Traqueostomia
INTERVENÇÃO RESULTANTE	Avaliação da limpeza das vias aéreas Otimização da cânula de traqueostomia Fixação da cânula de traqueostomia
Data de Termo	

As intervenções de Enfermagem descritas são ações interdependentes, conforme referido inicialmente e espelham a atividade do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. Algumas atividades não apresentam data de termo, uma vez que à data de alta da Unidade o doente mantinha essas necessidades.

3.3 Focos/Diagnósticos de Enfermagem

Neste plano, apesar dos cuidados ao doente em estudo serem específicos do doente crítico, os focos e diagnósticos desenvolvidos são exclusivamente referentes ao tema da vulnerabilidade, justificado e desenvolvido anteriormente, no âmbito não farmacológico da atividade de Enfermagem, favorecendo assim a atividade autónoma e responsável.

Os Focos de Enfermagem enunciados relacionam-se com as áreas de atenção relevantes para a Enfermagem e resultam na formulação de Diagnósticos que se encontram estruturados com dados relevantes à sua compreensão, bem como justificados com a fundamentação teórica necessária para que as intervenções de Enfermagem sejam potenciadas. A esse nível a ação desenvolvida foi previamente esclarecida através da investigação contemplada neste trabalho. Pretende-se sobretudo uma ação potenciadora da transição saúde-doença.

Data

<i>Dados relevantes para o diagnóstico: o Sr. J mostrava-se ansioso em vários momentos, nomeadamente aquando da realização de procedimentos técnicos (aspiração de secreções, mobilização) – verificado pelo aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da tensão arterial.</i>	10/11	FOCO de Enfermagem	Ansiedade – Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia
		Diagnóstico de Enfermagem	Ansiedade
		Intervenções de Enfermagem	Avaliar ansiedade Estabelecer confiança Gerir ansiedade Ensinar técnica de relaxamento Otimizar comunicação Apresentar-se ao doente antes do procedimento Orientar pessoa no tempo e espaço Explicar procedimento
		Resultados de Enfermagem Esperados	Ansiedade reduzida

Aumento da atividade motora e excitação psicomotora são sinais de ansiedade; também associados a um comportamento verbal inapropriado e à sensação de agressão física. A combinação da dor, do medo, as alterações sensoriais e o ambiente que não é familiar pode conduzir o doente crítico a alterações como a ansiedade (Szokol & Vender, 2001) (Vincent, 2016). A conexão à ventilação mecânica é uma experiência assustadora que conduz à ansiedade (Baumgarten & Poulsen, 2014).

Data

<p><i>Dados relevantes para o diagnóstico: o Sr. J apresentava tubo orotraqueal que dificultava a comunicação e compreensão oral; posteriormente o Sr. J apresentava traqueostomia</i></p>	10/11	FOCO de Enfermagem	Comunicação – Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados
		Diagnóstico de Enfermagem	Comunicação comprometida
		Intervenções de Enfermagem	Gerir ambiente físico Avaliar <i>status</i> neurológico Facilitar capacidade para comunicar necessidades Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
		Resultados de Enfermagem Esperados	Comunicação melhorada

A incapacidade dos doentes mecanicamente ventilados comunicarem, expressando as suas necessidades e medos pode ser o estado mais agonizante (Szokol & Vender, 2001). A comunicação verbal está alterada durante a fase que o doente é portador de tubo orotraqueal (Castro & Botelho, 2017).

Data

<p><i>Dados relevantes para o diagnóstico: O Sr. J apresentava dor à: aspiração de secreções, à</i></p>	10/11	FOCO de Enfermagem	Dor – Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial
---	-------	--------------------	--

mobilização, durante os cuidados de higiene e posicionamento. Numa fase inicial de maior sedação o doente apresentava flexão dos membros aquando de procedimentos dolorosos, com abertura espontânea dos olhos. Na fase em que se encontrava mais acordado apresentava alterações da fâcies, nomeadamente o fechar os olhos com intensidade e alterações a nível do tónus muscular, ficando mais rígido.

característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite

Diagnóstico de Enfermagem Dor presente

Intervenções de Enfermagem Monitorizar a dor através da escala comportamental (BPS)
Monitorizar a dor através da escala numérica
Identificar fatores que contribuem para o agravar da dor
Consultar para gestão da dor
Aliviar dor através do posicionamento
Aliviar dor através da massagem corporal

Resultados de Enfermagem Esperados Dor reduzida
Dor controlada

A avaliação concreta da dor através das alterações a nível da tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória não está suportada e validada; essas mesmas alterações podem também revelar medo e ansiedade. A resposta de dilatação pupilar usada como potencial medida não é específica da dor e nesta avaliação

necessitam de ser também consideradas outras variáveis como o medo e a ansiedade (Gélinas, Chanques, & Puntillo, 2014). Um dos fatores que mais conduz ao stresse é sensação de dor (Novaes, 1999). É importante enfatizar o uso de métodos corretos na avaliação da dor (Novaes, 1999) (Gélinas, Chanques, & Puntillo, 2014).

Uma gestão eficaz da dor permite uma função pulmonar melhorada, com menos consumo de oxigénio pela diminuição do stresse que a dor provoca, o sistema cardiocirculatório fica menos sobrecarregado e verifica-se uma programação mais precoce da alta (Szokol & Vender, 2001)

Data

<i>Dados relevantes para o diagnóstico: O doente apresenta-se agitado após a gestão da sedação para desmame ventilatório. Apresenta sinais de agitação psicomotora sem objetivo – contração muscular abrupta, com rigidez ao toque, tentativa de levantar do leito, fâcias contraídas, dificuldade em concentrar-se no que o profissional comunica.</i>	15/11	<i>FOCO de Enfermagem</i>	Agitação – Hiperatividade: condição de excitação psicomotora sem objetivo; atividade incessante; andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou <i>stresse</i> mental
		Diagnóstico de Enfermagem	Agitação presente
		Intervenções de Enfermagem	Monitorizar RASS Avaliar agitação Gerir ambiente físico Otimizar comunicação Orientar pessoa no espaço e tempo
		Resultados de Enfermagem Esperados	Agitação diminuída

A agitação no paciente crítico pode ter origem em vários fatores, que incluem a dor, a ansiedade e o desconforto resultantes da deficiente sincronização doente-ventilador, zonas de pressão que causam desconforto (Vincent, 2016).

Data

<p><i>Dados relevantes para o diagnóstico: O Sr. J apresentava dor a determinados procedimentos, possuía tubo orotraqueal e tinha atividade psicomotora comprometida</i></p>	10/11	FOCO de Enfermagem	<p><i>Stresse – Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo</i></p>
		Diagnóstico de Enfermagem	<p><i>Stresse presente</i></p>
		Intervenções de Enfermagem	<p><i>Avaliar nível de <i>stresse</i></i></p> <p><i>Facilitar capacidade para comunicar sentimentos</i></p> <p><i>Encorajar afirmações positivas</i></p> <p><i>Distrair cliente</i></p> <p><i>Manter privacidade do doente</i></p> <p><i>Gerir ambiente físico</i></p>
		Resultados de Enfermagem Esperados	<p><i>Stresse diminuído</i></p>

O stresse pode conduzir a sentimentos de irritabilidade, desconforto, traduzidos por hipertensão, taquicardia, aparente inquietação corporal (Szokol & Vender, 2001). Entre os maiores fatores de stresse encontramos o estar com dor, ter tubos no nariz e na boca e não ter controlo sobre o seu próprio corpo (Novaes, 1999) (Castro & Botelho, 2017).

Data

<p>Dados relevantes para o diagnóstico: O Sr. J quando acordado comunica através da anuência pela cabeça quando lhe é questionado se está com medo. Acena positivamente quando lhe é questionado se está com medo.</p>	20/11	FOCO de Enfermagem	Medo – Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir
		Diagnóstico de Enfermagem	Medo presente
		Intervenções de Enfermagem	<p>Avaliar medo</p> <p>Facilitar capacidade para comunicar sentimentos</p> <p>Estar presente</p> <p>Orientar pessoa no espaço e no tempo</p> <p>Gerir ambiente físico</p> <p>Gerir comunicação</p> <p>Otimizar comunicação</p>
		Resultados de Enfermagem Esperados	Medo ausente

O doente consciente da sua experiência com risco de vida sente medo, sente a sua vida suspensa e precisa da presença dos outros, nomeadamente dos familiares para se sentir seguro e protegido. O acordar num ambiente estranho, rodeado de máquinas, de fios que não o deixam mover-se conduzem ao medo (Castro & Botelho, 2017)

4. Enquadramento do Caso, Teoria das Transições e Vulnerabilidade

O processo de transição saúde-doença que o doente crítico vivencia potencia um estado de fragilidade e vulnerabilidade que são específicos e dizem respeito a cada indivíduo em concreto (Castro & Botelho, 2017). Assim, percebe-se o enquadramento deste estudo, sob a Teoria das Transições e trabalhando a vulnerabilidade.

Em primeiro lugar devo referir que o doente crítico vivencia um conjunto “menor” de transições, no dia-a-dia; o desmame ventilatório em conjugação com o desmame da analgesia e sedação que tornam fundamental esse plano de cuidados estruturado e dirigido atendendo às necessidades do doente, sendo, porém, mutável pela subjetividade do processo.

De facto, a vulnerabilidade é uma condição da pessoa humana; o doente crítico experiencia esta vulnerabilidade por inúmeros fatores anteriormente descritos, como a dependência total de terceiros, com perda de controlo sobre o próprio corpo, a experiência limite das funções corporais e a sensação de risco de vida (Castro & Botelho, 2017).

O doente em estudo é um adulto-jovem saudável, sem antecedentes de doença conhecidos, que experienciou um evento crítico num contexto de acidente de trabalho, o que o fez transitar de um estado saudável para um estado de doença súbita. Assim, quanto ao domínio do processo de transição e esclarecendo o tipo de transição podemos situar o presente estudo numa transição saúde-doença; estamos perante um padrão único. Contudo, em oportunidade de avaliação concreta ao doente e à família, poderia identificar uma transição situacional, com redefinição e reorganização de papéis familiares, decorrentes do evento crítico.

O processo para uma transição saudável pressupõe indicadores que demonstrem a necessidade de estar e manter-se integrado num determinado contexto, onde é essencial a informação e os recursos disponíveis (Meleis, 2010) (Baumgarten & Poulsen, 2014).

O momento de transição para outro nível de cuidados, pressupõe a gestão de múltiplas situações prévias, onde a maior preocupação da equipa de enfermagem deve relacionar-se com estabelecer e manter um processo de transição coordenado e forte, com cuidados centrados na pessoa. A estratégia para o conseguir usada durante todo o processo pressupõe uma abordagem onde o Enfermeiro seja percetivo e adaptável, no caminho de preparar a mudança e promover a recuperação. Contudo este processo está comprometido pela dificuldade em adquirir um equilíbrio entre as necessidades do doente, as suas próprias limitações e acima de tudo pela organização e pelos recursos a serem geridos (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012).

Um plano individual de cuidados, com resposta às necessidades individuais pode facilitar este processo de transição. Assim, é de extrema importância que o profissional tenha conhecimentos válidos acerca das necessidades no processo de transição, melhorando e providenciando a educação junto do doente, acerca deste tema (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012).

5. Conclusão

De acordo com o trabalho desenvolvido conclui-se que o doente internado numa unidade de cuidados intensivos está sujeito a uma variedade de fatores que o tornam vulnerável. A família, por sua vez, também partilha desta vulnerabilidade. E neste contexto é importante a humanização dos cuidados.

A hospitalização numa unidade de cuidados intensivos é um evento marcante (Castro & Botelho, 2017), pois o doente vive sentimentos de solidão, isolamento, medo, dependência que estão relacionados com a falta de informação, de incompreensão, intimidade e privacidade, onde se reveste de especial importância a avaliação e o suporte das necessidades do doente, e essa é a chave para cuidados de qualidade (La Calle, Martin, & Nin, 2017).

É de relevar, deste modo, a importância de cuidados especializados e de um plano individual que dê resposta às necessidades de cada doente (Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013). Pretendem-se cuidados centrados no doente no seu conforto e cooperação, numa abordagem programada e adaptada com o mínimo de sedação (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012; Vincent, 2016).

O Enfermeiro, mais do que qualquer outro profissional, encontra-se capaz para a gestão de emoções negativas, como o *stress*, sentimentos de descrença e de desespero total, e para coordenar o processo de transição vivenciado, uma vez que é aquele que mais tempo e mais ações desenvolve junto do doente e com o doente, entre as quais atividades tão íntimas como os cuidados de higiene, como o posicionar, onde o toque e a proximidade tanto se revelam (Haggstrom, Asplund, & Kristiansen, 2012; Silva, Machado, Silva, & Posso, 2013; Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

Ao nível do processo de Enfermagem, foco os diagnósticos de Enfermagem pertinentes no contexto da vulnerabilidade. As ações desenvolvidas pretendem atuar positivamente sobre os sentimentos e experiências que foram possíveis avaliar no doente. Todavia ao

nível das escalas estudadas passíveis de serem instituídas refletem-se algumas limitações.

Ao nível da ansiedade e do *stress* existem algumas lacunas na aplicação de métodos de análise e avaliação dos mesmos. A maior parte destas escalas pressupõem que o doente esteja cognitivamente capaz de responder a questões, ainda que a maior parte delas de ordem simples.

As escalas visuais analógicas da ansiedade são menos complicadas para os doentes preencherem mas a sua validade em doentes a receber suporte ventilatório não é conhecida. Presentemente é um desafio para o Enfermeiro escolher um instrumento para avaliar a ansiedade que seja válido e confiável, sem que seja muito extenso ao nível da carga de resposta para o doente (Chlan, 2004).

O inventário de ansiedade estado-traço de *Spielberger* (*STAI – Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*) é outros dos instrumentos que permite avaliar a ansiedade, todavia é um instrumento com bastantes itens para preencher o que dificulta a sua aplicação em doentes ventilados e com a comunicação limitada (Chlan, 2004).

Contudo continua a ser complicado a avaliação da ansiedade, com a aplicação das escalas acima descritas, nos doentes com sedação contínua, devido à cognição prejudicada e aos aspetos mecânicos dos tratamentos que recebem, nomeadamente o tubo orotraqueal (McKinley, Coote, & Stein-Parbury, 2002).

A Escala de Faces de Ansiedade surge no sentido de colmatar as limitações das escalas anteriores e verifica-se que é uma das escalas de ansiedade com maior facilidade de aplicação nos doentes críticos; é representada por faces que expressam a sua intensidade onde o doente apenas tem que apontar ou anuir ao número da face que o representa (McKinley, Coote, & Stein-Parbury, 2002). A sua limitação é também perceptível, uma vez que pressupõe um doente acordado e capaz de comunicar verbalmente ou através de gestos.

Relativamente à avaliação do *stress* podemos referir *The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ)* que é uma versão simplificada do questionário *The intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS)*. Porém, novamente a sua aplicação só é possível em doentes cognitivamente capazes (Ângelo Rosa & al., 2010).

Ao nível da avaliação da dor a escala usada foi a escala Comportamental de Dor (*Behavioral Pain Scale – BPS*) que determina o nível de dor nos doentes críticos incluindo 3 *itens* comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória), escala recomendada pela Sociedade de Cuidados Intensivos como a mais indicada para doentes sedados e ventilados e incapazes de comunicar (Grupo de Avaliação da Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

Na determinação da agitação foi aplicada a escala de Agitação e Sedação de Richmond (*Richmond Agitation Sedation Scale – RASS*) que determina uma pontuação que vai de -5 a +4 sendo que a pontuação máxima corresponde ao doente agressivo, combativo, perigoso, violento e a pontuação mínima diz respeito ao doente incapaz de ser despertado, que não responde ao estímulo tátil ou da voz (Barr & al., 2013).

O profissional necessita muitas vezes de reinterpretar as suas ações, meditar sobre elas e reajustar o seu papel, investindo nas intervenções consideradas “não farmacológicas”, numa cooperação entre a vertente técnica e a vertente não farmacológica.

O foco da ação de Enfermagem deve providenciar intervenções multimodais, não-farmacológicas que permitam uma diminuição dos fatores que geram *stress* ao doente (Ângelo Rosa & al., 2010; Vincent, 2016).

O enfermeiro deve, neste sentido, desenvolver uma comunicação eficaz e efetiva com o doente crítico, através da comunicação verbal, não-verbal e usar mecanismos adaptativos à situação do doente que permitam e influenciem uma relação terapêutica e de confiança. O enfermeiro deve assumir uma atitude de entusiasmo e de paciência no caminho de perceber o seu doente, de lhe validar as necessidades. Para tal torna-se de extrema importância uma educação e formação contínuas nas técnicas de

comunicação, através do treino, sendo uma ação que implica criatividade e persistência (Dithole & al., 2017).

Academicamente o trabalho foi rico ao nível da aquisição de novos conhecimentos, contudo ao nível dos resultados do processo estes não foram possíveis de perceber, uma vez que não houve continuidade efetiva de cuidados e por ordem temporal não foi possível uma avaliação concreta das atividades desenvolvidas.

Após o desenvolvimento do presente trabalho posso ainda refletir positivamente o envolvimento da família nos cuidados. Ela atua otimizando a comunicação com o doente e muitas vezes sendo ponte entre doente e equipa e fornecendo informações importantes para a gestão dos cuidados (Baumgarten & Poulsen, 2014; Castro & Botelho, 2017).

A própria família está vulnerável, sujeita a mudanças repentinas no seu quotidiano, também ela alvo da transição saúde-doença. Os cuidados à família, deste modo, não devem ser descurados, no sentido em que também ela é alvo dos cuidados de Enfermagem.

A experiência do evento crítico pela família acarreta sentimentos de incerteza, exaustão, medo; pelo que o profissional deve facilitar a sua adaptação à nova situação, otimizando estratégias que permitam reduzir a vulnerabilidade; a comunicação perceptível, a presença física são alguns dos pontos a trabalhar (Olding & al., 2015; Wong & al, 2017).

Concluo que o desenvolvimento deste trabalho justifica-se não só pelo contributo para a avaliação da unidade curricular, mas também pelo crescimento profissional individual adquirido através da sua aplicabilidade prática. Ambicionam-se cuidados apropriados e uma prática baseada na evidência científica atual à pessoa alvo da prestação de cuidados especializados, enfatizando a área de atuação do Enfermeiro Especialista, numa prática avançada de quem ajuíza sobre os problemas identificados e procura dar solução num ação fundamentada e responsável.

Bibliografia

- Aquino, D. (2004). Construção e Implantação do Prescrição de Enfermagem Informatizada em UTI. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.
- Barr, J.; Fraser, G.; Puntillo, K.; Ely, E.; Gélinas, C.; Dasta, J.; Davidson, J.; Devlin, J.; Kress, J.; Joffe, A.; Coursin, D.; Herr, D.; Tung, A.; Robinson, B.; Fontaine, D.; Ramsay, M.; Riker, R.; Sessler, C.; Pun, B.; Skrobik, Y. & Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal*, 263-306.
- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2014). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 205-214.
- Castro, C. & Botelho, M. (September de 2017). The Experience of the Persons with Critical Condition Hospitalized in an Intensive Care Unit. *Journal of Nursing*, pp. 3386-3394.
- Chlan, L. (2004). Relationship between two anxiety instruments in patients receiving mechanical ventilatory support. *Journal of Advanced Nursing*, 493-499.
- Dithole, K.; Thupayagale-Tshweneagae, G.; Akpor, O. & Moleki, M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*.
- Eggenberger, S. & Nelms, T. (2006). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 1618-1628.
- Gélinas, C.; Chanques, G.; & Puntillo, K. (April de 2014). In pursuit of pain: recent advances and future directions in pain assessment in the ICU. *Intensive Care Med*.

- Grupo de Avaliação da Dor - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Haggstrom, M.; Asplund, K. & Kristiansen, L. (2012). How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? *Intensive and Critical Care Nursing*, 224-233.
- La Calle, G.; Martin, M. & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 9-13.
- McKinley, S.; Coote, K. & Stein-Parbury, J. (2002). Development and testing of a Faces Scale for the assessment of anxiety in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 73-79.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range And Situation - Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transicions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Hilfinger Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Novaes, M. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med*.
- Olding, M.; McMillan S.; Reeves, S.; Schmitt, M.; Puntillo, K. & Kitto, S. (2015). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 1183–1202.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures, Lusociência.
- Rosa, B.; Rodrigues, R.; Gallani, M.; Spana, T. & Pereira, C. (2010). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 627-635.

Silva, L.; Machado, R.; Silva, V. & Posso, M. (2013). Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. *Enfermeria Global*, pp. 104-118.

Szokol, J. & Vender, J. (October de 2001). Anxiety, Delirium, and Pain in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 17, pp. 821-842.

Vincent, J.; Shehabi, Y.; Walsh, T.; Pandharipande, P.; Ball, J.; Spronk, P.; (...) & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42, pp. 962–971

Wong, P., & al, e. (2017). Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of Critical Care*, pp. 4390-4403.