



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

A TRANSVERSALIDADE DO CUIDAR:

Aprimoramento de Relação de Ajuda

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

Realizado por: Paula Cristina Cabral Pinto Saraiva de Nóbrega

Lisboa, Fevereiro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:

A TRANSVERSALIDADE DO CUIDAR:

Aprimoramento de Relação de Ajuda

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

Realizado por: Paula Cristina Cabral Pinto Saraiva de Nóbrega

Sob Orientação: Georgeana Marques da Gama

Lisboa, Fevereiro de 2012



É através do cuidar que o enfermeiro ajuda o outro a encontrar significado no sofrimento e na dor ajudando-o no controlo e auto-restabelecimento restituindo um sentido de harmonia interior independentemente das circunstâncias externas.

WATSON (2002)

Resumo

Na sociedade atual, cada vez mais se impõe que a Enfermagem se afirme como uma profissão autônoma e diferenciada, como uma ciência, como uma arte. Perante a evolução técnico-científica, política e econômica na área dos cuidados de saúde, onde impera uma realidade de cuidados cada vez mais complexos, em constante atualização, premeia-se a formação avançada como exigência que fundamenta e consolida o nosso Saber.

Ao longo destes capítulos, percorremos um trajeto de aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica. Proporcionado pelo amadurecimento do conhecimento científico partilhado e apreendido durante o mestrado e, enriquecido pela experiência pessoal e profissional consolidada dia a dia. Usufruí de diversas oportunidades de aprimoramento de relação de ajuda, em diferentes contextos interventivos, sendo este o cerne do presente relatório.

Os objetivos específicos e inerentes atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos e na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, prendem-se com a leitura das significâncias e vivências do cliente/família e da equipa de saúde no processo interventivo de Cuidar, promovendo a relação interpessoal. Pelo que, as intervenções de suporte formativo, relacional e instrumental, desenvolvidas, emergem como alicerces do cuidar nesta Unidade Hospitalar. Salienta-se a relevância da visibilidade da nossa prática – pela investigação, em áreas suscetíveis dos cuidados de enfermagem e pela sua comunicação -, suportada por um referencial teórico, que lhe confere credibilidade e qualidade.

Numa ótica de reflexão e análise, pessoal e profissional, aqui deixo o meu trajeto.

Palavras-Chave: Cuidar; Relação de Ajuda; Comunicação.

Abstract

In the current society, more each day is required to affirm Nursing as an autonomous and differentiated profession, as a science and an art. Given the technical, scientific, political and economic developments of health care, as the ever growing need for knowledge, where reigns a reality of increasingly complex care in continuous update, advanced training is seen as a requirement that sustains and consolidates our Knowledge.

Throughout these chapters, we take the path of competence acquisition in the area of Medical-Chirurgical Nursing Specialization. Provided by the scientific knowledge maturity shared and acquired during the Masters Course and enriched by personal and professional experience consolidated day-by-day, I enjoyed of several opportunities to improve and enhance caring relationships, in different contexts. This is the focus of the current report.

The specific goals and activities developed in the Intensive Care Unit and the Palliative Care Unit of Hospital da Luz, report to the reading of the main and most significant experiences and concerns of the client, family and healthcare team in the process of Caring, promoting interpersonal relationships. Therefore, the learning, relational and instrumental interventions, developed, arise as the foundation of care in this Hospital Unit. We focus the relevance of visibility upon our practice through evidence and research in vulnerable areas covered by nursing care and their communication to our peers and experts. Supported by a theoretical referential, that provides credibility and quality with the acquisition of competences certification.

From the perspective of reflection and analysis, I leave my professional and personal path.

Keywords: Caring, Helping Relationship, Communication.

Agradecimentos

À minha **Família**, que caminhou lado a lado comigo, sendo o meu suporte e estímulo firme e inesgotável ao longo de todo o trajeto, tornando possível a sua concretização...

A todos os meus **Amigos**, que me apoiaram e incentivaram nos momentos mais difíceis...

À **Professora Georgeana Marques da Gama**, pela sua orientação e disponibilidade dispendida durante todo o percurso em apreço...

Às **Professoras Isabel Rabiais, Ilda Lourenço, Beatriz Araújo, Maria Goreti Silva e Susana Ramos**, pela sua cooperação e disponibilidade...

Ao **Enfermeiro Pedro Carrapato** e à **Enfermeira Lucinda Marques**, como orientadores dos respetivos campos de estágio, pelo seu apoio, disponibilidade, orientação, valorização e motivação, como exemplo de profissionalismo e abertura dos seus conhecimentos...

À **equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos e da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz**, pelo seu apoio, dinamismo e saberes partilhados...

À **Enfermeira Nélia Trindade, Enfermeira Maria Aparício e Enfermeiro Arnaldo Conceição**, pela sua prontidão, disponibilidade e partilha de saberes...

Aos **Clientes e Famílias**, que enriqueceram o meu percurso.

O Meu MUITO OBRIGADA.

Lista de Siglas e Abreviaturas

Siglas

- **CCT** – Cirurgia Cardio – Torácica
- **EZ** – Escala de Zarit
- **E.P.E.** – Entidade Pública Empresarial
- **HSM** - Hospital de Santa Maria
- **S.A.** – Sociedade Anónima
- **SUC** - Serviço de Urgência Central
- **USF** – Unidade de Saúde Familiar
- **UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- **UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

Abreviaturas

- **Sr.** – Senhor
 - **Sr^a** – Senhora
 - **1^o** - Primeiro
 - **2^o** - Segundo
 - **3^o** - Terceiro
 - **4^o** - Quarto
-
-

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	9
1. FUNDAMENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO.....	11
2. MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	14
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	16
2.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DE OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	17
3. MÓDULO III - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	36
3.1.CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	37
3.2.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DE OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	38
4. CONCLUSÃO.....	57
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
6. APÊNDICES.....	65
APÊNDICE I - Norma de “Manutenção e Manipulação do Catéter de Hemodiálise do Cliente Internado na UCI”	66
APÊNDICE II – Ação de Sensibilização “Manutenção e Manipulação de Catéter de Hemodiálise”	73
APÊNDICE III – Avaliação da Ação de Sensibilização “Manutenção e Manipulação de Catéter de Hemodiálise”	84
APÊNDICE IV – Póster “Via Aérea Díficil”: Participação nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”	87
APÊNDICE V - Guia Complementar de Comunicação Verbal.....	90
APÊNDICE VI - Norma de “Acolhimento do Cliente e Família/Pessoa Significativa na UCI”.....	105
APÊNDICE VII - Guia de Acolhimento.....	115
APÊNDICE VIII - Instrumento de apoio: Direitos e Deveres dos Clientes.....	119
APÊNDICE IX - Póster “Cuidar em UCI”: Participação nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”	121
APÊNDICE X - Ação de sensibilização: “Comunicação de Más Notícias”	124

APÊNDICE XI - Avaliação da Ação de Sensibilização “Comunicação de Más Notícias”	133
APÊNDICE XII - Tapete de rato com o Protocolo SPIKES	136
APÊNDICE XIII - Cartaz “Princípios Éticos: O Essencial do “Saber Agir”	139
APÊNDICE XIV - Ação de sensibilização “ANALISE DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT”	141
APÊNDICE XV - Análise dos resultados da aplicação da Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit	152
APÊNDICE XVI - Questionário de Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	164
APÊNDICE XVII - Intervenção Terapêutica Multidisciplinar, se ZARIT ≥ 17 , em aplicação SOARIAN.....	167

0. INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, perante a evolução técnico-científica, política e económica na área dos cuidados de saúde, onde impera uma realidade de cuidados cada vez mais complexos, em permanente evolução e revisão de conhecimentos e em que as estratégias bio-médicas predominam, torna-se imperativo que o enfermeiro reconheça, assuma e atue em conformidade com a sua responsabilidade e que, indissociavelmente, responda às exigências do Cuidar, com um elevado nível de adequação, como profissional de saúde autónomo e diferenciado, sendo reconhecido pelo Outro como tal.

Assim, perante um desempenho mais consciente e diferenciado, adequado às complexidades dos cuidados em busca da excelência, a formação impõe-se como infraestrutura básica. Como corroborado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo nº 88, alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. A formação, como alicerce do Saber, é uma construção dinâmica e refletida.

Tendo por base a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade perante o exercício profissional, como instrumento relevante de orientação para a prática dos cuidados de enfermagem, os Padrões de Qualidade emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, no seu enquadramento conceptual salienta “ (...) no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência.” (2002, p.8); acrescentando nos enunciados descritivos “ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (...) a existência de uma **política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade**” . (2002, p.15).

Deste modo, como fonte de um saber especializado, surge a justificação do **enfermeiro especialista**, como afirma LEITE (2006, p.4), “Enfermeiros Especialistas porque o aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde. (...) a sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros e facilita a Investigação de novas dimensões do cuidar.”

Segundo o Regulamento nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu preâmbulo, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros “ **Especialista** é o enfermeiro com um **conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem**, tendo em conta as **respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde**, que demonstram **níveis**

elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de **competências especializadas relativas a um campo de intervenção.**” (2011, p.8648.)

De acordo com o Regulamento Geral do Curso de Mestrado de Natureza Profissional (2010, p.8), A área de Especialidade Médico-cirúrgica, “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a **assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e, é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico**”. De acordo com o Regulamento nº 124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica - do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu preâmbulo, a Ordem dos Enfermeiros define pessoa em situação crítica como aquela “ (...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Assim, os cuidados de enfermagem deverão ser “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (...) com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. O cliente crítico, encontra-se em diversos contextos, tais como: **Unidades de Cuidados Intensivos**, Perioperatório, **Serviços de Urgência, Cuidados Continuados**. Cuidar a Pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, só fará sentido, englobando a família/pessoa significativa.

Assim, perante um olhar de Perita, assumindo o percurso traçado da experiência profissional prévia, este relatório, pretende ser uma análise crítico - reflexiva das minhas expectativas, experiências vivenciadas e competências diferenciadas adquiridas e mobilizadas, na persecução dos objetivos delineados, visando a otimização da qualidade dos cuidados no percurso durante o estágio do Módulo II e Módulo III, respetivamente, na Unidade de Cuidados Intensivos e na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz. Considero que a análise crítica do nosso desempenho profissional e académico, fundamenta a nossa evolução enquanto pessoa e profissional de enfermagem.

A motivação e o investimento em adquirir e desenvolver competências perante a transversalidade científico-relacional e multidisciplinar, do Cuidar, enquanto enfermeiros especialistas, justificam as seleções efetuadas ao longo deste trajeto. Tal como enfatizado por WATSON, “Os contributos moral, social e científico da enfermagem para a humanidade e para a sociedade residem nos seus compromissos para com os ideais de cuidar humano na teoria, na prática e na investigação.” (2004, p. 170)

Será utilizada uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, estabelecendo a relação entre a teoria e a prática dos contextos.

Assim, de acordo com o descrito anteriormente, a exposição da sua análise é organizada por capítulos. No **1º Capítulo**, surge o fundamento e a pertinência da seleção dos campos de estágio e da creditação obtida em relação ao módulo I - Serviço de Urgência, perante a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área de especialidade Médico-cirúrgica; no **2º e 3º Capítulos**, são apresentados e analisados os objetivos delineados e as atividades operacionalizadas, ao nível dos distintos domínios de intervenção, sob uma perspetiva reflexiva e crítica. Respetivamente em relação ao Módulo II e Módulo III. Concomitantemente, descrevem-se, avaliam-se e analisam-se as competências desenvolvidas e o impacto do percurso formativo. No **4º Capítulo**, serão apresentadas as conclusões gerais, traçando considerações sobre os principais contributos, aprendizagens e dificuldades, limitações. A finalizar, as referências bibliográficas e os apêndices.

A título de introdução aos capítulos seguintes, “O cuidar, na enfermagem, tem sido reconhecido tanto como processo como intervenção: com efeito, como característica com um imperativo ético moral, como uma ontologia e, como uma base filosófica e científica para a enfermagem.” (Watson, 2002, p.65). Acrescento, como referido pela Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001, p.3), que devemos “ (...) perspetivar o domínio das competências relativas à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...)”, desenvolvendo estratégias de aquisição e certificação de competências ao enfermeiro especialista em médico – cirúrgica, ao qual se adicionam os saberes do enfermeiro especialista comum, através do desafio de não só refletir sobre a essência do Cuidar perante o exercício profissional, bem como ser o reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem.

1. FUNDAMENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos, o estágio encontra-se dividido em três módulos com a carga horária de 180 horas cada. São respetivamente, o Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e o Módulo III – Opcional. Tendo obtido creditação ao Módulo I – Serviço de Urgência, irei realizar apenas dois estágios. Ambos, serão realizados no Hospital da Luz, o Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos da Luz, no período de 27/04/2011 a 24/06/2011 e o Módulo III na Unidade de Cuidados Paliativos da Luz, no período de 26/09/2011 a 18/11/2011.

Ao longo de dez anos de desempenho profissional, prestei cuidados a clientes em situação crítica, em diversos contextos, nomeadamente de 2001 a 2003, no Hospital de Pulido Valente, S.A., Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva. (Enfermaria e Unidade de Cuidados Intermédios), desempenhando funções de Responsável de Turno; de 2002 a 2011 no Centro Hospitalar

Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria (H.S.M.), Serviço de Urgência Central (S.U.C.) com integração e prestação de cuidados em todos os setores do Serviço: Triagem, Reanimação, Salas de Tratamentos, Pequena Cirurgia e Ortopedia, Serviço de Observação e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, dirigida a intervenções de urgência, no Bloco Operatorio do Serviço de Urgencia Central.

Desenvolvendo competências:

- Na **Prestação de cuidados** diferenciados de natureza urgente e emergente, ao cliente Crítico e Família/Pessoa Significativa. Identifiquei o cliente e Família/Pessoa Significativa, com doença incurável, com necessidade de cuidados de natureza paliativa, analisei situações em equipa e sensibilizei para a avaliação das mesmas e adequada intervenção. Identifiquei prioridades de intervenção na esfera das competências científico-técnicas e relacionais, ao prestar cuidados diretos, bem como na supervisão dos mesmos.

- Na área da **gestão**, desempenhei funções como Enfermeiro Responsável e Sub-Responsável de equipa de Enfermagem, nas ausências e impedimentos do respetivo Responsável de equipa, desde 2006; colaborei com o Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço, no processo de tomada de decisão em situações complexas e na gestão organizacional e funcional do Serviço de Urgência Central: gestão de cuidados de Enfermagem, gestão de recursos humanos e gestão de recursos materiais.

- Na área de **formação** permanente, com o objetivo de constante atualização e sedimentação de conhecimentos, de modo a melhorar e uniformizar os cuidados de Enfermagem, através da autoaprendizagem como formanda e formadora, realizei e colaborei na Integração/orientação/avaliação de novos profissionais de Enfermagem e de alunos do 4º Ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem em Ensino Clínico e alunas de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica, Área de Especialização Médico-Cirúrgica e na realização de ações em serviço -, bem como na Colaboração em Projetos ou Programas no âmbito da Saúde, nomeadamente, na Elaboração de Normas; na realização de Projetos Científicos - Realização, em coautoria, de *Trabalhos de Investigação*, Elaboração e implementação de *Instrumento de Trabalho "Folha de Transporte do Doente Crítico"* -, Publicações e Comunicações de Cariz Científico - Elaboração e Apresentação, de Póster's, Comunicações em congressos e Realização, em coautoria, de Artigos, publicados na revista científica "Boletim do Hospital Pulido Valente".

Após o exposto, como mencionado anteriormente, foi-me concedida creditação ao Módulo I – Serviço de Urgência.

Campos de Estágio : Hospital da Luz

O Hospital da Luz, afirma-se como uma unidade hospitalar privada cuja missão e valores assentam no respeito absoluto pela individualidade do cliente/família, centrando e orientando os seus cuidados de acordo com a filosofia dos mesmos. É privilegiada uma política de privacidade, conforto e segurança, ao cliente e seus familiares. A inovação tecnológica do Hospital da Luz está presente nos equipamentos médicos de última geração e na utilização de sistemas de informação de vanguarda que garantem a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados. Esta unidade hospitalar disponibiliza todas as valências médicas e cirúrgicas, com ênfase em áreas diferenciadas tais como a oncologia e as doenças cardiovasculares, duas das valências relevantes para estes estágios. É fomentada uma cultura de investigação e formação, promovendo o desenvolvimento contínuo dos seus profissionais. (HOSPITAL DA LUZ; 2011).

De igual modo às estruturas de saúde públicas onde já desempenhei funções, o seu compromisso de excelência baseia-se na humanização dos cuidados e inerentes padrões ético-profissionais. Assim, pelo seu comprometimento com o Cuidar, com a investigação e a formação, aliado ao facto de desejar contribuir numa unidade hospitalar privada para estratégias que vão de encontro à acreditação e qualidade dos cuidados, dos profissionais e dos serviços, afirma-se, concomitantemente, como um local de estágio privilegiado. (HOSPITAL DA LUZ; 2011).

As unidades de cuidados intensivos caracterizam-se pela prestação de cuidados diferenciados, a clientes em situação crítica, associados a uma sofisticada tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica e, a recursos humanos altamente especializados, o que se traduz num local estratégico para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista. O olhar mais aprofundado em relação ao cliente submetido a cirurgia cardiotorácica, reporta-se ao facto de este ser um cliente com especificidades que implicam uma prestação de cuidados complexa, com grande rigor na tomada de decisão, bem como ao interesse pessoal. Tendo prestado cuidados a estes clientes, no Serviço de Urgência, numa vertente de traumatologia e numa fase de estabilização hemodinâmica, no contexto de cateterismo cardíaco, sendo uma área que sempre me despertou muito interesse e na qual desejo adquirir e aprofundar conhecimentos. A gravidade do estado clínico, bem como toda a dinâmica de meios tecnológicos e procedimentos invasivos, assumem-se em eventos de alta intensidade e complexidade, que implicam a especificidade de atuação perante o acompanhamento e apoio à família/pessoa significativa do cliente em Unidade de Cuidados Intensivos. A relação de ajuda é alicerçada na comunicação, não só como forma de transmissão de informação, mas essencialmente como valioso recurso terapêutico, na prestação de cuidados de qualidade. Estas são temáticas que considero importantes e que irei abordar ao longo do estágio. CURRY (1995); FONTES e FERREIRA (2009); MARQUES e SILVA (2009).

O aumento da longevidade, doenças crónicas e progressivas, bem como as alterações do núcleo familiar, ao longo do tempo, condicionam a necessidades e respetivos recursos

específicos. Cada vez mais existem clientes em fase paliativa, cujos cuidados devem ser direcionados às suas necessidades. Na minha prática profissional, quer na área de cuidados cirúrgicos, quer na área de urgência, fui confrontada, frequentemente, com situações de doença incurável. A humanização dos cuidados que promovam um final de vida condigno ao Ser Humano, é fundamental. Assim se justifica a seleção de Cuidar especializado perante o cliente/família/pessoa significativa, em Cuidados Paliativos. Acrescento o interesse e gosto pessoal por esta área. A formação, nesta área, além de suportada pela aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, será enriquecida com a análise e avaliação dos cuidados prestados. Pela sua relevância, nesta fase de suscetibilidades e vulnerabilidades, o acompanhamento e apoio ao cliente e cuidador informal (família/pessoa significativa), bem como a comunicação, são áreas que irei aprofundar e desenvolver durante este estágio.

Atualmente, em regime de cedência de interesse público, desempenho funções como enfermeira graduada, na Unidade de Saúde Familiar das Conchas, pertencente ao agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa I – Lisboa Norte, desde o dia 1 de Março de 2011. Desta forma, surge a sensibilidade e o interesse em desenvolver um protocolo de articulação entre a USF das Conchas e a Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Lisboa Norte – Pólo do Hospital de Santa Maria (hospital de referência). Considero que este projeto será enriquecido com a formação, experiência e partilha de conhecimentos, desta prática clínica.

Assim, após toda uma reflexão, surge a necessidade do alicerce do meu Cuidar. Como tal, como referencial teórico, que sustente a minha praxis, a minha formação reflexiva e crítica, ao longo destes estágios, considero que Jean Watson e Patrícia Benner, como referencial Teórico, são quem melhor fundamentará as temáticas abordadas e que servirá como modelo explicativo, que molde e direcione a minha prestação de cuidados diária, através dos seus contributos no Cuidar o Outro no percurso de uma Enfermeira Perita, indispensável perante a excelência e qualidade no exercício profissional.

2. MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ao longo deste período de estágio na UCI do Hospital da Luz, foi confirmada a perceção inicial, de que seria um campo de estágio enriquecedor, não apenas no âmbito de aquisição e desenvolvimento de competências a nível de conhecimento científico e técnico, mas também, no desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, alicerces essenciais ao Cuidar numa UCI. Tal como é salientado por ALMEIDA e RIBEIRO (2009, p. 16) “As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde.(...) sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos

humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos.” Apesar de tal, o desafio relacional é a base do nosso cuidar, não esquecendo que o nosso foco de atenção é o cliente e a família, indo de encontro ao pensamento de FONTES e FERREIRA (2009, p. 34) “O trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros numa UCI tem como finalidade prestar cuidados de enfermagem de qualidade, adequados às necessidades de cada pessoa que de si depende, onde se inclui apoio, conforto e informação aos familiares.”, sendo para tal a comunicação, pedra basilar.

Os clientes, família/pessoas significativas, colegas e restante equipa multidisciplinar, constituem um aliado importante nesta caminhada de partilha de aprendizagens, enriquecendo o meu processo de desenvolvimento profissional e conseqüente desempenho perante o diagnóstico de situação, estabelecimento de estratégias e intervenção concreta e adequada em tempo útil, tendo por base a articulação de vários domínios, mobilizados de acordo com a PESSOA. Os objetivos traçados tiveram em conta as particularidades /especificidades deste contexto e foram-se adequando ao longo do estágio.

Como corroborado por BARBIER (1993) e BOTELHO (1996), perante as intervenções delineadas, é importante, referir que um elemento de mudança só será concretizável após desenvolver a competência de participação, observação e compreensão do trabalho desenvolvido, do seu processamento e da forma de interação da equipa. Deste modo, de forma assertiva, a mudança desenvolver-se-à, no momento certo em consonância com as pessoas e os contextos.

As estratégias a implementar vão de acordo com o diagnóstico (capacidade de avaliar as necessidades da equipa e sua fase de desenvolvimento), a flexibilidade (capacidade de adequar a forma de intervenção, a cada situação concreta) e a compatibilidade (capacidade de desenvolver estratégias e indicadores de avaliação de acordo com as necessidades diagnosticadas).

Assim, de forma pormenorizada, serão apresentados, de seguida, os *objetivos de estágio*, *estratégias* e *indicadores de avaliação* realizados, os quais fundamentam os eixos estruturantes deste estágio: o cuidar em UCI, o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a comunicação com o cliente e família/pessoa significativa, numa ótica de certificação de competências perante a busca da excelência na prestação de cuidados.

Como alicerce do meu Cuidar, como já mencionado, Jean Watson e Patrícia Benner, pelas dimensões que abordam, ante a fundamentação das intervenções realizadas, a aquisição e desenvolvimento de competências, perante a vulnerabilidade do cliente crítico/família/pessoa significativa em UCI, que deve ser humanizado e cuidado, com um sólido *know how*, como um sistema uno, holístico, em todas as suas dimensões.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Inaugurada em fevereiro de 2007, a UCI é uma das valências do Hospital da Luz. É uma Unidade Polivalente que presta cuidados a clientes em estado crítico, do foro médico e das várias especialidades cirúrgicas (Cirurgia cardiotorácica, Neurocirurgia, Urologia, Cirurgia geral, Ortopédica, entre outras), do pediátrico ao adulto – a referir a inauguração da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos em 2010, com a redução da taxa de ocupação pediátrica na UCI -, com elevada afluência e grande diversidade de clientes com situações clínicas distintas, o que a privilegia como campo de estágio perante a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais. Tais aspetos, naturalmente, exigiram a mobilização e as necessárias integrações adicionais no domínio das aprendizagens profissionais, premiando e desenvolvendo o meu autoconhecimento, tendo por base uma prática clínica especializada, suportada por um sólido e válido processo de conhecimento, investindo em pesquisa de estudos científicos e de investigação, complementado com a minha experiência clínica, registos estes adquiridos e refinados ao longo de uma década de desempenho profissional. Assim, o desenvolvimento do conhecimento, indubitavelmente aliado ao desenvolvimento de competências, “ (...) consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, (...)” (BENNER, 2001,p.32).

A admissão de clientes na UCI faz-se por transferência do Serviço de Assistência Médica Permanente, outros serviços de Internamento do Hospital, Bloco Operatório, serviço de Hemodinâmica, ou de outros hospitais.

Atualmente, tem uma lotação de 8 camas, todas em unidade individual, monitorizadas centralmente, sendo a sala de observação de enfermagem e médica disposta numa “nave central” o que permite a vigilância e observação constante de todos os clientes, oferecendo condições únicas de segurança e privacidade, bem como a possibilidade de um acompanhamento familiar durante períodos prolongados (das 11h às 21h). Esta unidade goza de condições físicas ótimas e que são raras, como é o caso da iluminação natural, do espaço disponível em cada Unidade e do *open space* destinado à Sala de Observação, privilegiando o bem-estar físico e mental. Todas as unidades estão equipadas com monitores, ventiladores e sistemas de infusão e perfusão de última geração, com um registo contínuo dos parâmetros monitorizados e débitos do cliente. O sistema informático de registos a funcionar na UCI é o Soarian. No entanto, tem um segundo sistema específico da UCI e Bloco Operatório, que permite o registo preciso de balanços hídricos, denominado Innovian. Existe, ainda, em cada unidade, um computador que permite ao profissional de saúde aceder rapidamente à informação do cliente e registar dados e, em gavetas móveis, todo o material considerado como necessário para a prestação de cuidados efetiva ao cliente que se encontra nessa mesma unidade. Sempre que possível, as unidades, são personalizadas com objetos pessoais

dos clientes (saliento dois itens fundamentais: fotografias e relógios), aspeto fomentado pela equipa de enfermagem. A UCI dispõe, ainda, de uma unidade de isolamento (permitindo pressões negativas e positivas no seu interior) e duas unidades equipadas para realização de hemodiálise.

A equipa de saúde, prestando assistência contínua, é constituída por: 1 Diretor Clínico, 7 Médicos da especialidade de medicina intensiva - com 2 elementos de permanência até às 21h, ficando posteriormente apenas 1 até às 8h -, 31 Enfermeiros (destacando-se o Enfermeiro Responsável e a Enfermeira Coordenadora), 9 Assistentes Operacionais e 1 Administrativa.

Independentemente do turno, estão sempre distribuídos na UCI, 4 Enfermeiros em prestação de cuidados diretos, o que dá um rácio de dois clientes por profissional. Desta forma, o método de trabalho adotado é o de enfermeiro responsável, garantindo uma maior individualização, personalização dos cuidados e disponibilidade, com a adicional responsabilização, essencial aos cuidados de qualidade. A classificação de informação em Enfermagem utilizada é a CIPE – é realizado diariamente o registo das intervenções autónomas, bem como os registos diários, realizados por focos de atenção, em regime de escrita livre. Contudo, não existe um referencial teórico, como fundamento do nosso agir, que lhe confira unificação, credibilidade e qualidade com a certificação de aquisição de competências.

Existe uma boa articulação entre os profissionais de saúde e os restantes serviços de apoio.

No Hospital da Luz, existe uma capela e o apoio espiritual é realizado, habitualmente, por um padre católico, contudo de acordo com o desejo do cliente e/ou familiares poderá ser proporcionada outra assistência espiritual. Não se esgotando em si, uma vez que a dimensão espiritual compreende os princípios religiosos, morais e éticos centrais à existência da Pessoa, sendo este aspeto vivenciado e trabalhado pela equipa de enfermagem. WATSON (2002); CHALIFOUR (2008).

2.2.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DE OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Objetivo Geral: Desenvolver e demonstrar competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na prestação de cuidados a clientes de médio e alto risco/família em Unidade de Cuidados Intensivos

Gostaria de descrever, alguns momentos, permitindo uma abordagem interpretativa da prática de enfermagem, que me permitiu caminhar no sentido do significado situado do Cuidar, como enfermeira perita. Ao longo do meu período de estágio, no meu desempenho profissional e como aluna de um curso de especialização, na UCI, muitos foram os momentos enriquecedores. No entanto, houve uma situação que me marcou e que passo a descrever.

Perante uma situação de reintervenção cirúrgica, a filha da Sr^a J. surge como primeira visita no pós-operatório, em busca de um primeiro olhar, de um primeiro contacto com a sua mãe, após o “volte face” da situação inicial e, tendo sido informada que o enfermeiro responsável se encontrava com outro cliente mas que já viria, senti, ao partilhar esse momento com a filha, o impulso de que havia algo mais naquele olhar, do que simplesmente a ansiedade, o receio, pois já tinha falado com os médicos, a situação estava estável, de momento e, a mãe mantinha-se conectada a protese ventilatória e com a monitorização prévia à cirurgia. Nesse impulso, percebi que embora não fosse o enfermeiro responsável pela sua mãe, seria a responsável por permitir aquela partilha, o seu choro, o seu desabafo, o seu suporte perante momentos de conforto, de paz de espírito, ao ir ter com ela à unidade da sua mãe.

Uma outra reflexão, fica com o sr. A, que também relato por a considerar um momento marcante para mim, apesar de muitos outros momentos, relato dois episódios durante o internamento deste cliente. Um deles surgiu quando a esposa, conhecedora de toda a situação clínica e de toda a “panóplia” de instrumentos, equipamentos e monitorização do esposo, entre as quais a ventilação invasiva, a realização de Técnica de substituição renal, o seu ar emagrecido, ictérico, agónico, acompanha a sobrinha do sr. A., a qual não tinha qualquer conhecimento da situação do tio, à unidade do mesmo, para o ver, sem que a equipe se tivesse apercebido. Quando constatei esta situação, a sobrinha havia acabado de chegar à porta e estava simplesmente parada, pálida e sem emitir qualquer discurso. De imediato, após uma reflexão “instantânea”, intervi. Após a aproximação e um longo período de conversa, sentada, a explicar a pertinência de todo este equipamento, de que o mantinhamos confortável, de que tudo faríamos para o seu bem-estar, ela conseguiu olhar o tio por uns minutos e ausentou-se. Realizei uma breve conversa com a esposa para que antes de qualquer visita, que por qualquer motivo não nos possamos aperceber, uma vez que esta se encontrava a fazer a gestão das visitas ao seu esposo (já eram praticamente todas caras nossas familiares), que nos cedesse um tempo e um espaço para uma preparação prévia, o que a sr^a concordou de imediato, ao verificar as consequências em relação à sua sobrinha e pediu desculpa pela situação, agradecendo a intervenção atempada, não se tornando a repetir. A reflexão, foi de grande importância, para as três, pois permitiu união, partilha, envolvimento e tranquilização. O segundo episódio surge quando, posteriormente, veio ter connosco um filho (de um casamento anterior, o qual não via o seu pai há alguns meses), o qual referiu que gostaria de ver o sr A. (visita com a qual toda a família, inclusivé a atual esposa concordavam), acompanhei-o até junto do sr A, após ter falado um pouco com ele e disse-lhe que o ia deixar à vontade, que puderia falar-lhe e tocar-lhe, caso sentisse necessidade de tal, pois afinal era o seu pai que ali estava. Observei-o por instantes, ficou de pé, junto à porta da unidade com as mãos cruzadas e encostadas junto ao peito e apenas contemplava o pai. Senti algum desalento, mas sabia que é preciso saber dar tempo, espaço e respeitar o outro, a significância do seu silêncio. Refleti e analisei os meus pensamentos e sentimentos, sendo sensível e percecionando os seus. Dentro de momentos, veio ter comigo e disse “posso tocar-lhe, não é?”, acenei que sim e que estaria por ali, caso precisa-se, vi-o afastar-se e vi-o junto ao pai a

falar com este. Foi sempre garantido o seu conforto, a sua curarização, sedação e analgesia. Como sistema Uno, foi dado todo o apoio à família, fiquei muito grata pelas palavras com que descreveram o nosso apoio, carinho, cuidado, suporte e profissionalismo. Esta situação foi abordada em equipa multidisciplinar, tendo sido suspenso qualquer tipo de encarniçamento terapêutico. Se em todas estas reflexões tomei a decisão mais correta e se o faria novamente, no meu sentir, estou confiante que sim. Em todos estes momentos, ganhei paz interior e vários sentimentos conturbadores, mas, essencialmente, um sentimento íntimo que me dá alento, apesar de tantas contrariedades, ao que de mais humano tem esta profissão e, que nos permite olhar mais e mais uma vez e ver qual a imensa significância que temos. Segundo CURRY (1995) e MARQUES e SILVA (2009), baseados na evidência dos estudos de investigação realizados, o enfermeiro, é considerado o elemento de referência, perante o cliente internado em UCI e familiares/pessoas significativas, reconhecido pela sua capacidade de identificação e satisfação de necessidades, de suporte, proximidade e permanência junto dos mesmos.

Na prestação de cuidados, a enfermeira perita é confrontada com situações de cuidados complexos e ambíguos, tal como reforçado por BENNER (2001), é a sua capacidade de envolvimento e de cuidar através da sua experiência, em que articula o conhecimento científico e de resultados de investigação com a prática atual, baseada no seu *know-how*, na sua visão globalizante do utente/família, que lhe permite estabelecer prioridades, ultrapassar incertezas e, antecipar e agir perante o inesperado numa dada situação e momento. Como tal, também, em situações críticas e/ou de falência orgânica, a minha atuação, algo confortada com a minha experiência de 8 anos num Serviço de Urgência central e, subsidiada com saberes adquiridos no decurso da especialidade, considero ter sido de considerável suporte na identificação antecipada de focos de instabilidade e de uma atuação em conformidade com a sua priorização e em tempo útil, desenvolvendo capacidades de decisão, iniciativa e espírito crítico, na prestação de cuidados direta e na gestão de cuidados. Em particular, nos cuidados ao cliente e, respetiva família/pessoa significativa, submetido a cirurgia cardiorácica, geral, Neurocirurgia; com diagnóstico diferencial de edema agudo do pulmão, sepsis, insuficiência renal aguda, com necessidade de realização de técnicas de substituição renal; na atuação da equipa perante situação de Paragem Córdio-Respiratória (e ritmos peri-paragem) e no transporte do cliente crítico, sendo reconhecidas e validadas as minhas competências como perita e formadora.

Por nunca ter tido oportunidade de realizar funções num hospital privado o meu olhar e observação conduziu-me a uma reflexão minuciosa; analisando as condições técnicas que se mostraram inovadoras e de elevada qualidade e, as condições humanas, relacionais, com que me deparei, que se revelaram igualmente de elevada qualidade. Especialmente, dentro da equipa de enfermagem, elementos muito recetivos à inovação, formação e reflexão. Apesar de ser uma equipa relativamente jovem, com elementos com cerca de 12 anos de experiência de

prestação de cuidados (à exceção do Enfermeiro Chefe) e os elementos mais novos com cerca de 2 anos de experiência profissional, este item é essencialmente quantificável nos elementos com mais experiência, com mais maturidade profissional. Tal como refere BENNER (2001), através de um plano de desenvolvimento pessoal e profissional, que integre as competências e os conhecimentos adquiridos graças à experiência, ao domínio intuitivo e ao envolvimento, poderemos alcançar a especialização. Ao longo do meu trajeto na UCI, senti que existe, por parte de vários elementos, nomeadamente chefes de equipa, perante os elementos mais jovens, o incentivo à reflexão, à perceção da sua importância, à formação, sendo esta crítica construtiva, aceite e reconhecida pelos próprios, quando questionados e/ou observados, no sentido da otimização da qualidade dos cuidados. Em várias reuniões informais analisamos o significado das nossas ações, das nossas escolhas e da sua pertinência, tendo enriquecido alguns temas com estudos e investigações pesquisados e partilhados, considero, assim, ter igualmente contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional dos restantes enfermeiros.

Por parte do Enfermeiro Chefe, também me pareceu perceptível a fomentação de frequência de formações em Serviço, de acordo com temáticas pertinentes para o mesmo.

Apesar de algumas vulnerabilidades, penso que condicionadas pelo cansaço, pela não centralização da informação e pela tecnocracia, considero que os enfermeiros, de um modo geral, se mantêm disponíveis e a humanização dos cuidados é uma das suas preocupações.

São reconhecidas as necessidades bio-físicas, psicossociais e intrapessoais, sendo o cliente e respetiva família/pessoa significativa, contemplado como um todo, holístico, elemento de um sistema de retroação contínua, como é reforçado por WATSON (2002) e CHALIFOUR (2008).

Objetivo 1

Desenvolver competências científicas e técnicas, perante as especificidades de intervenção de enfermagem ao cliente/família/pessoa significativa, submetido a Cirurgia Cardio-Torácica

A prestação de cuidados, que desde logo foi sustentada com a adequada pesquisa bibliográfica e inerente aprofundamento de conhecimentos, exigiu uma elevada capacidade de mobilidade e integração de conhecimentos, perante a realidade ímpar de uma UCI, acrescentando a elevada diversidade e afluência de clientes da UCI da Luz (sendo esta, polivalente e a única unidade de cuidados intensivos, com disponibilidade de suporte ventilatório invasivo - à exceção do Serviço de Assistência Médica Permanente - do Hospital da Luz). O cliente submetido a CCT, apresenta diversas especificidades nomeadamente: monitorização invasiva (cateter de Artéria esquerda (AE), Linha arterial (LA), Balão Intra-Aórtico (BIA), Cateter de Swan-ganz), drenagens cardioráscicas, pacemaker epicárdico, Técnica de Substituição Renal (se justificável), sendo submetido no Intra-Operatório a Circulação Extra-Corporal (CEC), Cell Saver; o que condiciona focos de instabilidade e um quadro de

intensivismo que se afigura em redor do cliente, refletindo-se em necessidades específicas delineadas e priorizadas nas diferentes fases de planeamento, intervenção e avaliação, perante o cliente e respetiva família.

A contínua atualização é uma roldana em constante movimento e, gradualmente a minha confiança e segurança foram reforçadas e reconhecidas. Como já abordei anteriormente, a minha experiência prévia foi uma mais valia no meu processo de identificação de necessidades, prioridades e de tomada de decisão, otimizando cuidados de enfermagem diferenciados de qualidade. O primeiro olhar é para a máquina, para a técnica, para o seu domínio, pois são inúmeras e díspares, lembro-me do primeiro cliente a quem prestei cuidados, imerso num mundo de equipamentos, técnicas e procedimentos, incontestavelmente imprescindíveis, mas que me apercebi que jamais seriam suficientes por si só, pois os saberes que provinham dos profissionais de saúde (em que me vi envolvida), da integração e mobilização de conhecimentos, da sua perceção situacional globalizante, do inesperado, enfim, da sua interseção com o cuidar, daquela pessoa, da sua família é transversal, seja qual fôr a área de intervenção. De acordo com estes pensamentos, pude abstrair-me um pouco e planear e intervir com várias estratégias de conforto, no seio familiar, como realçar a importância da simples presença, validar o bem-estar, de acordo com as suas crenças, a sua espiritualidade, o toque, a proximidade (baixando as grades), demonstrei a minha sensibilidade e empatia perante a situação, o que proporcionou momentos de desabafo, angústia, partilha, o estabelecer de uma âncora de apoio, de suporte – a quem a esposa se revelou em toda a sua vulnerabilidade, algo que evitava perante a restante família. A disponibilidade perante as diversas dúvidas, percebia-se que seria uma família instruída e com alguns conhecimentos na área de saúde, pelo que inquiria sobre algumas questões em maior profundidade, demonstrou-se como uma mais valia nos diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções e na articulação com os restantes elementos da equipa. A segurança e a confiança com que nos deixaram, ao se despedirem naquele dia, era uma realidade visível e aprazível. Cada vez mais deve ser validada, a importância da intervenção de enfermagem. Foi importante senti-lo reconhecido em alguns dos elementos da equipa clínica e semear a “inquietude” entre os restantes.

Após alguns turnos, ao prestar cuidados ao cliente submetido a **Técnicas de Substituição Renal**, identifiquei algumas vulnerabilidades nesta área, nomeadamente: na uniformização e organização de procedimentos na manipulação do CHD e na manutenção de assépsia e permeabilidade durante a sua manipulação. Percecionando a relevância de realizar uma *Norma* de “Manutenção e Manipulação do Catéter de Hemodiálise do Cliente Internado na UCI”, no âmbito da excelência no cuidar: nas competências científicas e técnicas e, na uniformização de procedimentos.

A conceção de uma norma de procedimento, na área de prestação de cuidados tem como finalidade a excelência na qualidade do cuidar – técnico-científico e relacional, através da padronização e uniformização de cuidados. Só é possível avaliar o desempenho profissional e

a qualidade dos cuidados perante a realização de manuais que orientam as boas práticas de enfermagem. Perante a evolução de uma assistência cada vez mais consciente, humanizada e fundamentada cientificamente é imprescindível que acompanhe as constantes evoluções e atualizações da nossa sociedade. Como tal, deverá também primar pela sua flexibilidade e adaptação a futuras realidades, mantendo-se, sempre, dinâmica.

Na prossecução da *norma*, previamente foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Chefe para aferir a sua pertinência. Posteriormente, foi realizada recolha bibliográfica e de informação pertinente junto aos fornecedores dos CHD utilizados na UCI. Devo referir, a perceção da dificuldade, como aluna (e não como profissional da unidade) apesar da insistência, que me fosse facultada informação por parte dos respetivos fornecedores.

Foi realizada a norma de “Manutenção e Manipulação do Catéter de Hemodiálise do Cliente Internado na UCI” (APÊNDICE I), entregue ao Enfermeiro Chefe e aguarda-se a sua aprovação pela direção de enfermagem. Participando, assim, no âmbito das minhas competências, em manuais de melhoria de qualidade, envolvendo a análise e revisão das práticas, de forma a implementar programas de melhoria contínua. Enquadrada como um ganho para a saúde, deve constituir um Saber partilhado por toda a equipa, de modo a que a sua implementação se efetive. Neste âmbito, considereei pertinente complementar a realização da *Norma* com uma *ação de sensibilização* na UCI. De entre as necessidades formativas, foi dado realce ao desenvolvimento e apresentação de estratégias de resolução de problema, discutidas e analisadas em equipa, abordando situações concretas e respetivas intervenções, durante a apresentação, envolvendo os formandos e incentivando a sua participação. Deste modo, a ação foi validada como uma contribuição para a melhoria dos conhecimentos e adicional motivação para uma adequada manipulação e manutenção do CHD, com especial ênfase no controle de infeção. Apresentando, analisando e incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, através dos estudos de investigação pesquisados, partilhados e implementados na norma e estratégias de suporte realizadas. (APÊNDICE II).

Foi efetuada a avaliação da sessão, sendo de realçar a elevada concordância por parte dos formandos em relação às questões que definem o seu propósito: *De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional? Motivação da equipa para a adequada manipulação e manutenção do Catéter de Hemodiálise? Contribuição para a melhoria dos seus conhecimentos na área?* A apresentação de tratamento de dados será realizada em anexo de forma global e individualizada, apenas em relação às três questões acima mencionadas, de acordo com o descrito anteriormente. (APÊNDICE III).

Outra das vulnerabilidades identificadas, depreendia-se com o facto de existir um carro de reanimação, na UCI, com material disponível para a abordagem da **Via Aérea Difícil**, nomeadamente um segundo carro no bloco operatório, destinado a este tipo de abordagem e que, também, dá apoio a estas situação na UCI e, não existir o seu algoritmo no respetivo carro,

bem como o seu desconhecimento, por parte de alguns elementos. Na necessidade de realizar uma Entubação Traqueal de urgência, num cliente submetido a CCT (bem como qualquer outro diagnóstico de base), perante uma Via Aérea Difícil, é deveras importante não só identificá-la, como agir em conformidade. No decorrer do estágio surgiram duas situações, que nos foram relatadas (não vivenciadas, pois não nos encontrávamos a realizar os respetivos turnos). Pelo que considerei importante realizar um trabalho sobre esta temática, incluindo uma pesquisa bibliográfica, com revisão científica e elaborar um *Póster – Via Aérea Difícil*. Contudo, já após realização do respetivo trabalho, fui informada que essa área, que previamente também se encontrava a ser analisada na UCI, passaria a ser trabalhada, orientada e supervisionada exclusivamente pela Anestesia, a qual iria realizar formações e cartazes informativos de atuação. Pelo que, deste modo, foi enviado este *Póster* para as **“I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”**. (APÊNDICE IV). Com seleção da Comissão Científica deste evento internacional, reconhecendo a sua validade. Assim, foi realizada a apresentação científica do respetivo póster nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”, com a habitual e inerente análise, reflexão e discussão, através da comunicação a audiências especializadas e alunos de enfermagem. Penso ter sido um contributo importante, pela contribuição não só no domínio exclusivo da formação científica e formal, mas também pela reflexão e análise de uma temática atual, ainda, pouco abordada pelos enfermeiros premiando um domínio da área da prática e, inerente contribuição para a melhoria dos cuidados, fim último da nossa profissão. Em relação à UCI, existe uma equipa de anestesia a quem se encontra atribuída a uniformização de atuação perante a Via Aérea Difícil. Pelo que, por motivos organizacionais não será possível expôr o *Póster* no Serviço, nem colocar o algoritmo no carro de Reanimação (apesar de este ainda não existir no carro). Fico confortada por ter contribuído para a sensibilização e pesquisa/formação dos elementos desta unidade em relação a esta temática.

É cada vez mais importante, não só realizarmos uma prática avançada, mas concomitantemente, diria mesmo, essencialmente, registá-la, revelá-la, apresentá-la.

No intuito de contactar com a realidade do percurso do cliente submetido a Cirurgia Cardio-Torácica, internado na UCI, foi proposta a realização de dois turnos nos Serviços de Hemodinâmica e Bloco Central, respetivamente, como valências major deste percurso. Os quais se realizaram, por questões organizacionais, na etapa final do estágio.

O serviço de **Hemodinâmica** é constituído por 3 salas:

- Sala de hemodinâmica, onde se realizam os cateterismos (cardíacos, vasculares e de neurologia)

- Sala de Arritmologia, onde se realizam, entre outros, ablação de Fibrilhação Auricular, colocação de pacemaker, cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI).
- Recobro, com capacidade de vigilância e monitorização invasiva para 4 clientes.

Durante o turno da manhã que realizei neste serviço, tive a oportunidade de colaborar em dois cateterismos cardíacos, um dos quais com angioplastia, com colocação de 2 stent's. Prestei, também, cuidados de enfermagem, aos clientes submetidos a realização de cateterismo, no recobro imediato.

O serviço de **Bloco Central** é constituído por 8 salas: onde funcionam todas as especialidades (entre as quais, Cirurgia Cardíaco-Torácica (CCT), Neurocirurgia, Urologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, sendo estas as especialidades que apresentam maior taxa de ocupação da UCI). Tem uma sala de Recobro incorporada, com capacidade para vigilância e monitorização invasiva de 9 clientes. O seu período de funcionamento é das 8h às 23.30h, nos dias úteis, sendo que as urgências extra este horário são asseguradas pela equipa de prevenção (3 enfermeiros e 1 Assistente Operacional).

Durante o turno da tarde que realizei neste serviço, tive a oportunidade de assistir a uma cirurgia cardíaca – substituição de válvula aórtica e mitral. A salientar, a observação de Circulação Extra Corporal (CEC) e Cell-Saver, no decurso da cirurgia. Colaborei na realização da transferência da Cliente, do pós-operatório, diretamente para a UCI, colaborando na prestação de cuidados imediatos nesta Unidade.

Os diversos momentos de aprendizagem proporcionados nestes serviços, foram uma mais valia, não só possibilitando a complementação de aquisição, desenvolvimento e mobilidade de competências, quer técnico-científicas, quer relacionais, na personificação da continuidade de cuidados, em diferentes contextos, bem como um novo olhar à vida humana (encontrando significado nas experiências vividas), à grandeza da capacitação e responsabilização do cliente/família e, à transversalidade do Cuidar em todos estes momentos. Algum sentimento de insegurança e ansiedade, que se “avizinhavam”, rapidamente se dissiparam. O conceito de iniciativa, de inovação, de partilha, bem como o sentimento de utilidade, de conforto, de segurança e aprendizagem foram sempre uma constante.

Naturalmente, tudo isto só é possível perante uma prestação de cuidados personalizados e de continuidade, pelo que nos é exigido, na nossa praxis diária, dar visibilidade aos cuidados globais que prestamos. Senti, durante este estágio, por parte dos elementos da equipa de enfermagem, médica e assistentes operacionais, o respeito e valorização das minhas competências. O que me permitiu gerir os cuidados, de acordo com a sua prioridade, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, em contínua e estreita articulação com a equipa clínica da UCI e restante equipa inter e multidisciplinar.

Objetivo 2

Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o cliente crítico/pessoa significativa submetido a ventilação mecânica invasiva

A *comunicação*, indissociável ao adequado desenvolvimento de uma *relação terapêutica*, constituem os alicerces do Cuidar.

É importante, desde logo, estabelecer uma relação terapêutica entre o enfermeiro e cliente, adaptando a comunicação à complexidade da sua situação crítica, através de estratégias facilitadoras da comunicação verbal/não verbal, em especial se a primeira se encontra comprometida perante Entubação Traqueal.

Assim, é fundamento base na minha prestação de cuidados, disponibilidade, o ensino ao cliente e família sobre todos os procedimentos e cuidados a realizar, validando o seu consentimento e envolvendo-os sempre que possível. De acordo com este modo de atuação, sinto que mais facilmente o cliente e família se tornam mais recetivos às minhas intervenções e permite-lhes partilhar algum medo, receio ou dificuldade, proporcionando-me algum espaço para melhor compreender e gerir o medo e ansiedade vivenciado pelo cliente e família face à sua situação de alta complexidade. Tendo, denotado, a sensibilização e reconhecimento dos clientes e familiares perante estas estratégias, com um simples agradecimento, pela demonstração do seu conforto, da sua confiança. Simultaneamente senti o reconhecimento e sensibilização por parte dos meus pares, incentivando-os a intervir e a analisarmos estratégias, validando o seu resultado prático, dia a dia.

Mobilizando o suporte teórico apreendido no Módulo da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e nas diversas evidências científicas e pesquisas efetuadas, cruzando-o com a experiência vivenciada na UCI, a qual possui um bloco de imagens, isoladas, como meio de comunicação não verbal, que não se coaduna com a experiência percebida, identifiquei a necessidade premente de intervenção. Considerei, então, pertinente realizar um *Guia Complementar de Comunicação Verbal* (APÊNDICE V), bilingue (em português e Inglês) com o objetivo de suporte/apoio ao cliente crítico e família com déficit a nível de comunicação verbal por Entubação Traqueal. A apresentação em inglês, advém da sua internacionalização, ponto que considero deveras importante neste contexto, uma vez que, na UCI, durante o período de estágio, se encontraram internados cidadãos estrangeiros (ingleses, por sinal) e que esta unidade tem diversos acordos com seguradoras estrangeiras. A referir, ainda, a existência de um “banco de línguas”- ao qual pode recorrer o profissional do hospital da Luz, perante a eventual necessidade de traduções-, neste hospital, que revela a preocupação qualificada na receção adequada de cidadãos estrangeiros. Tal como refere FOONG (1993), a cultura e a língua podem ser uma das fontes de stress, para a má comunicação, falta de compreensão e baixos níveis de memorização dos clientes/família, podendo constituir uma barreira para a comunicação efetiva. Assim, pode e deve ser complementada pelo enfermeiro, através da adequação da mensagem, modo e meio de transmissão. Este guia, além de ter uma

apresentação bilingue, tem em consideração várias características que considerei importantes e necessárias no estabelecimento de uma comunicação eficaz, uma apresentação expositiva que permite uma visualização clara e nítida (tendo em linha de consideração os clientes que apresentem alguma diminuição acuidade visual, pela sua idade, ou qualquer outra variável), separada por diferentes agrupamentos, aos quais corresponde uma diferente côm, respetivamente, sendo mais fácil diferenciá-los, para o seu usuário. Os agrupamentos estão divididos pelos diferentes aspetos abordados – necessidades/desejos, avaliação da dor; desconforto, emoções /sentimentos, higiene, perguntas frequentes e o abcdário, com possibilidade de escrita de texto.

O guia foi entregue ao meu orientador e ao Enfermeiro Chefe da UCI, tendo sido integrado como instrumento de trabalho nesta UCI, após as necessárias reformulações e análise dos mesmos.

O guia complementar de comunicação não verbal, foi testado na própria UCI, pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, uma vez que é a esta população que se destina. Tendo sido criado e adequado a esta realidade. Permitiu-me avaliar a adequação das diferentes análises e intervenções de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada. Penso que todas as críticas foram deveras construtivas, ajudando à sua conceção final. Penso que, também, o facto de envolver a equipa, os tornou mais recetivos e motivados perante a sua utilização. Como utilizadora do guia, como profissional de saúde, no decurso do estágio, apercebi-me de que além de ser considerado pelos clientes e familiares como uma valiosa ajuda na comunicação (salientando a sua apresentação expositiva fácil, clara e adequada), é, também, e arrisco-me a dizê-lo pelo feed-back que obtive dos clientes, um valioso contributo para a sensação de segurança dos mesmos. Lembro-me de uma cliente, a sr.^a C., nem me deixar arrumá-lo na sua unidade, querendo tê-lo permanentemente a seu lado, nas suas mãos, onde garantia a sua disponibilidade constante. À posteriori, foi-me dito que durante os dias em que me ausentei, pois quando regresssei a estágio a cliente já se encontrava em ventilação expontânea, a sr. C. tinha comunicado, com os familiares e profissionais de saúde, até ao momento da extubação, essencialmente, através do guia, “não o tendo largado”. A equipa clínica, elogiou a sua clareza e pertinência, tendo elementos pedido exemplares a título particular. Devo dizer que é deveras gratificante quando verificamos a recetividade e validação da pertinência de um trabalho realizado por nós, não só pela sua valorização, mas também pela sua real contribuição para a efetiva melhoria dos cuidados. Foi assim possível que a cliente reconhecesse a sua capacidade de superar a sua perda momentânea e de se adaptar a novos métodos de resolução ensinados, o que foi permitido pela perceção da situação e know how dos enfermeiros. Para comunicar efetivamente, devemos saber escutar tudo o que o outro tem para nos transmitir. Assim se coaduna a nossa responsabilidade profissional, social e ética. LAZURE (1994, p.104), refere que “ Negar a necessidade que os clientes têm de ser escutados, (...) é negar a vida que existe neles”.

Em relação às necessidades formativas, penso que a equipa se encontra sensibilizada para esta temática, mostrando-se sempre muito disponível e atenta, penso que este guia proporcionará uma melhor e mais frequente utilização de um suporte perante o défice a nível da comunicação verbal, por parte da equipa de enfermagem, como verificado durante os restantes dias de estágio, contribuindo para uma comunicação mais eficaz entre a tríade, enfermeiro, cliente e família. Como tal, não considerei necessária a realização de qualquer outro tipo de instrumento, estratégia de apoio ou formação adicional.

Objetivo 3

Desenvolver competências relacionais e comunicacionais no acolhimento e acompanhamento do cliente crítico/família/pessoa significativa

A Relação de Ajuda baseia-se numa interação entre duas ou mais pessoas (enfermeiro/cliente /família/pessoa significativa), em que cada um contribui para a sua efetivação e em que o enfermeiro se compromete com a satisfação da necessidade de ajuda do outro, contribuindo para o seu autoconhecimento, autocontrole e capacitação de autocuidado, possibilitando e incrementando a autorrecuperação. Segundo BRAMMER citado por LAZURE (1994, p.14), a relação de ajuda consiste “ (...) numa relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas.” Podemos afirmar que o cuidar só o é, se tiver por base a relação interpessoal, sendo uma forma de coexistência. Como tal, ampliado por uma lente perita, refletido ao longo das linhas seguintes, justifica plenamente a sua importância neste ambiente de tecnocracia. A comunicação, como *cimento* na efetivação desta relação de ajuda, não é só uma forma de transmissão de informação mas, essencialmente um valioso recurso terapêutico na prestação de cuidados de qualidade, sendo um dos aspetos que considero como mais relevante. Pelo que sinto que consegui, desde o início do estágio, desenvolver e demonstrar competências de comunicação adequadas e personalizadas ao cliente/família. Tendo por base que a comunicação, é contínua e interrupta, pois desenvolve-se num processo de feed-back, sendo que todo o comportamento é comunicação – pormenor tão simples e importante e que por vezes nos esquecemos, senti um feed-back muito positivo por parte dos colegas em relação à sensibilização sobre este aspeto. A escuta ativa e a empatia, são características intrínsecas ao estabelecimento de uma comunicação funcional: num acolhimento personalizado, na desmistificação da “UCI”, com toda a sua tecnologia e complexidade, realçando a vertente da humanização, de forma a criar condições facilitadoras ao estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança e autocapacitação/responsabilização. Foi através destas estratégias de comunicação com o cliente/família, que pude de alguma forma realmente atender às suas necessidades humanas. Para que o conseguisse efetivar, na prática, encontrei o meu suporte no referencial teórico de Benner e Watson, apreendendo e compreendendo, de forma intuitiva, cada situação

per si, tentando conhecer o Outro, a perspectiva fenomenológica do seu mundo, selecionando as minhas intervenções adequadamente, abstraindo-me de soluções e diagnósticos estéreis.

Foi notável a sensibilização, validação e valorização dos clientes e familiares perante estas estratégias, sendo sedimentada essa percepção com o discurso emitido, em especial, pelos familiares. Todos os momentos vivenciados pelo cliente/família/pessoa significativa são únicos e de significância individual e, nesta realidade particular, muitos deles partilhados e trabalhados pela equipa de enfermagem. O nosso compromisso, enquanto profissionais, é analisar e refletir nos nossos pensamentos, sentimentos, nas nossas ações, e qual o seu sentido, a sua premência, a sua encriptação na nossa prática de cuidados. Para tal, neste período, foi essencial a sensibilização para a equipa aprofundar o seu autoconhecimento, para nos inter-relacionarmos, para promover a partilha e aceitar a sua expressão, para sermos genuínos, sensíveis, preservarmos efetivamente a dignidade, do todo e da harmonia interior do Outro, enfim, para cuidarmos. E, por diversos momentos me apercebi claramente disso, aliás, como é perceptível no relato de momentos marcantes que descrevo ao longo deste capítulo.

Este cuidar humanizado, advém do reconhecimento, compreensão e cuidado ao cliente e família, como um todo. “Desencadear um processo de humanização, no âmbito hospitalar, não resulta de uma percepção isolada, mas constitui uma síntese de muitas percepções, vivências e intervenções pautadas em valores e princípios humanos e éticos.” (BACKES, 2006, p.226). Assim, neste processo de humanização, através de diversas percepções e vivências, identifiquei algumas suscetibilidades com necessidades de intervenção. Despoletando a reflexão, o interesse pela pesquisa e fundamentação em bases teóricas, perante os profissionais da UCI. Numa **primeira fase**, em concordância com a primeira fase com que o cliente/família se depara na UCI, penso ser adequado refletirmos e analisarmos como se processa o **acolhimento** e qual o contributo do enfermeiro especialista neste âmbito. Identifiquei o espaço de acolhimento existente na UCI, que, a meu ver, se apresenta “frio”, não acolhedor, “despido” de toque humano... contudo após verbalizar esses sentimentos à restante equipa – de enfermagem e médica - , foi-me dito, pelo Coordenador Clínico da UCI, que não é possível aquela sala sofrer qualquer alteração, por motivos organizacionais, uma vez que tal assunto é da inteira responsabilidade da arquitetura de interiores do Hospital da Luz. O ambiente de cuidado, subsidia o desenvolvimento potencial da Pessoa, sendo fator integrante do conhecimento biofísico e comportamental humano. Assim, é imprescindível a “(...) promoção de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual, sustentador, protetor e/ou corretivo. (...) Reconhecemos que um ambiente arquitetónico que não tem rosto, que é àspero e estéril, pode efetivamente fazer-nos sentir mal, exaustos e desligados de nós próprios e da nossa fonte de energia, contribuindo assim, para uma falta de conectividade e de comunidade”. (Watson, 2002, p.243). Contudo, devo salientar, após reflexão e análise, a importância desta sala, pois apesar da sua descrição anterior e, independentemente de possíveis alterações, esta oferece um espaço de privacidade, de partilha, um momento de disponibilidade, de significância, de respeito pelo outro. São premiados aspetos importantes, como, o controle do ruído, a

privacidade, a luz, a comunicação e a acomodação para os familiares, tal como realçados por Watson. Foi incentivada a sua utilização e sugeridas algumas pequenas alterações não arquitetónicas, tais como: não acumulação de processos e afins na mesa (condensa a barreira entre os familiares e o profissional de saúde), presença de lenços de papel e o rosto do ambiente arquitetónico ser criado pelo acolhimento do profissional.

São aqui levantadas algumas suscetibilidades, cumulativas às opiniões e atitudes/comportamentos não uniformizados em relação ao acolhimento. No Enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, é mencionada a “ (...) procura constante de empatia nas interações com o cliente (...) e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2002, p. 41). Cada vez mais se reconhece a valorização da humanização, do acolhimento ao cliente e família como “ (...) uma tecnologia de cuidado relevante para a prática em UTI.” MARTINS [et al] (2008, p. 1100). A necessidade de internamento implica a vivência de um ambiente estranho, sendo este em particular, numa UCI, ampliado pela vulnerabilidade da situação crítica e complexa em que se encontra o cliente, pelo que os primeiros momentos são determinantes para o reforço ou desmistificação de medos, ansiedades, inseguranças e evolução do seu processo saúde/doença. Podemos afirmar que “A finalidade primeira do acolhimento consiste em prestar atenção ao cliente e ao que ele vive (comportamentos, sensações, pensamentos, emoções, necessidades) e, favorecer a sua expressão em função dos objetivos da entrevista”. (CHALIFOUR, 2008, p. 177). Assim, os objetivos do acolhimento passam por favorecer a adaptação do cliente/família ao novo contexto de saúde/doença, com a promoção de um papel ativo e independência possível perante a tomada de decisão e atividades realizadas e, colher dados que permitam contextualizar e personalizar os cuidados prestados. Através desta estratégia relacional, tal como afirma CHALIFOUR (2008, p. 177), o enfermeiro demonstra o seu interesse e leva o outro a “ (...) apesar dos seus receios e hesitações, a olhar-se e reconhecer-se tal como é, e a assumir os riscos inerentes às mudanças que se impõem na sua vida.” Demonstra-se como imprescindível na formação do vínculo entre o enfermeiro e o cliente/família/pessoa significativa. Assim, justifica-se a necessidade de um suporte, de um guia orientador que permita a uniformização de procedimentos. Perante os factos anteriormente expostos, decidi realizar uma *norma* de “Acolhimento do Cliente e Família/Pessoa Significativa na UCI”. Ter por alicerce o referencial teórico de Jean Watson, foi determinante na condução das fases a desenvolver. Permite orientar o enfermeiro na condução e compreensão do processo terapêutico, perante si e o cliente/família, surge de uma reflexão na prática sobre a prática. A salientar as diretrizes: relação interpessoal, comunicação e ambiente terapêutico. (APÊNDICE VI). Sendo que, como previamente mencionado, a conceção de uma norma de procedimento, na área de prestação de cuidados tem como finalidade a excelência na qualidade do cuidar – técnico-científico e relacional, através da padronização e uniformização de cuidados.

Permitindo e qualificando a avaliação de desempenho profissional e a qualidade dos cuidados, como parte integrante de manuais que orientam as boas práticas de enfermagem.

Para dar continuidade à consecução da *norma*, previamente foi realizada uma reunião com o Enfermeiro orientador e o Enfermeiro Chefe para aferir a pertinência da alteração das normas existentes. Identifiquei duas suscetibilidades/necessidades específicas: existia apenas uma norma direcionada ao acolhimento da família/pessoa significativa, sendo que, apenas podemos cuidar do sistema, cliente e família, como um só, por todas as interseções que o suportam e lhe dão vida, tal como salienta VÁZQUEZ e ESEVERRI (2010); CURRY (1995, p.30), “Se pretenderem seguir o conceito de assistência globalizante, os enfermeiros não podem separar as necessidades dos doentes das dos seus familiares.” - e, a necessidade de atualização de informação (norma atual a ser revista em 2009). Realizada recolha bibliográfica e das normas pré-existentes. Neste momento, aguarda aprovação pela Direção de Enfermagem. De encontro com os fatores de cuidar de Watson, a realçar, a personalização do acolhimento, a vivência da espiritualidade, o proporcionar do ambiente terapêutico, conforto, bem-estar, a segurança, atendendo às necessidades prioritizadas de cuidados de saúde; o “controle” da entrada das visitas ser efetuado pelo enfermeiro responsável, no intuito de efetuar um correto acolhimento e estabelecer uma relação terapêutica face à situação de alta complexidade do estado de saúde do cliente, imbuída de esperança - fortalecida pelo reconhecimento, compreensão e comunicação de sentimentos, perante si (Pessoa) e o cliente/família - e, a realização de ações de educação para a saúde, atendendo às particularidades de cada situação e promovendo auxílio situacional, especificamente em relação aos procedimentos e circuitos requeridos de Comissão de Infeção Hospitalar, visando a prevenção e controlo da infeção na UCI, mantendo um ambiente seguro, limpo. A equipa de enfermagem demonstrou interesse na sua implementação, considerando-o como um documento pertinente no seu aperfeiçoamento profissional. Após sensibilização, verificaram-se modificações de atitudes, especialmente em relação ao envolvimento e transmissão de informação aos familiares. Mantendo a nossa responsabilidade ética e deontológica, amenizando o ambiente tecnicista, o qual por vezes servia como vetor para uma abordagem fugaz...

Relativamente à prevenção e controlo de infeção na UCI, no decorrer do estágio, denotei, que nem sempre as visitas cumprem as medidas de controle de infeção, por desconhecimento ou por não compreenderem a sua importância, apesar de informadas em visitas prévias pelos enfermeiros. De qualquer modo, segundo informação na intranet, penso que em breve estará disponível sinalização para prevenção e controlo de infeção, por parte da CIH (Comissão de Infeção Hospitalar). Contudo, considere importante reforçar esta informação no acolhimento (primeiro e subsequentes) e no *Guia de Acolhimento* que é entregue aos familiares. Por denotar que o guia de acolhimento, perdoem a redundância, poderia ser mais acolhedor e transmitir mais alguma informação adicional que considero como relevante, foi também este alterado e entregue ao Enfermeiro Chefe da UCI, para ser igualmente integrado como instrumento de apoio ao cliente e familiar da UCI (APÊNDICE VII) – após análise e aceitação

do Enfermeiro Chefe, aguardo que seja aprovado pela Direção de Enfermagem. Gostaria apenas de acrescentar algum grau de dificuldade, na sua reformulação, uma vez que não pude alterar a sua estrutura nem o número de páginas. Além de demonstrar o interesse, preocupação e proporcionar o sentimento de acolhimento para com o cliente e familiar, “O uso de um folheto informativo sobre o processo de cuidados e estrutura organizacional do serviço pode reduzir a necessidade de informações complementares nos encontros seguintes”. (FERREIRA e FONTES, 2009). Proporciona a transmissão de informações, permitindo “ (...) aos familiares absorverem estes conhecimentos ao seu próprio ritmo. O enfermeiro necessita de acompanhar o processo e de falar com os familiares sobre a informação escrita, a fim de avaliar se existem algumas dúvidas e, em caso afirmativo, esclarecê-las”. (CURRY, 1995, p.28). Adicionalmente ao Guia de Acolhimento, considerei importante realizar um *instrumento de apoio*, alusivo aos *direitos e deveres dos clientes* (APÊNDICE VIII), sob forma de “marcador de livro”, com uma apresentação mais atrativa, fácil e clara para o utilitário (seja ele profissional de saúde ou cliente/familiar). Não só por considerar este item de extrema importância, mas também, por ter surgido uma situação muito interessante, em relação aos familiares de um cliente, que pediam uma segunda opinião e a cedência dos seus exames auxiliares de diagnóstico, naturalmente utilitários dos seus direitos, mas que apesar de tudo, o realizaram com muito zelo e atenção, pedindo a sua permissão prévia, tal como o haviam realizado no local onde havia sido internado anteriormente. Contudo, surgiram, de início, muitas opiniões díspares, essencialmente elementos da equipa médica, que revelaram sentimento de posse (não pelos documentos em si, mas pelos seus cuidados para com o cliente). Felizmente, em reunião multidisciplinar, tudo ficou resolvido e o pedido da família, naturalmente foi aceite.

Nesta **segunda fase**, no seguimento da anterior, reflito e analiso mais aprofundadamente o nosso **cuidar** perante o Outro e perante nós, como profissionais, no nosso autoconhecimento e sua reflexão na praxis; de forma introdutória à fase que se segue. Auscultando uma prática avançada e a sua visibilidade a audiências especializadas profissionais e académicas.

Por volta das 14 horas chegam os familiares, esposo e filha, de uma cliente, a sr. M., aparentava ser uma família pouco próxima, permaneciam por pouco tempo durante o período de visita e a interação com a cliente era pouco denotada, esta era a informação transmitida e eu não tinha tido ainda qualquer tipo de contacto com a respetiva família. Durante aquela visita, gostaria, em especial de falar sobre dois aspetos, um seria a ideia de trazer algo de significativo (sugeri uma fotografia) para colocar na unidade, tentando simultaneamente perceber qual a ligação afetiva entre os elementos da família e o outro incidia em aspetos relacionados com a aparência da cliente, com a sua intimidade (presença de pelos faciais em grande quantidade, os quais havíamos removido com a gillette durante a toilette) e, inicialmente fiquei apreensiva com a forma como iria iniciar e desenvolver essa conversa, tendo por base a informação alusiva à família que a equipa me havia transmitido. Após alguns momentos de conversa apercebi-me de que poderia abordar qualquer tema de conversa com o esposo e a filha, pois ambos se mostraram bastante recetivos e disponíveis, falaram-me da preocupação

da sr.^a M. com a sua aparência, que não seria necessário trazer qualquer outro utensílio, pois era assim que o fazia em casa, falaram do seu horário de trabalho, muito sobrecarregado, coincidindo o horário da sua visita com alguns dos períodos de sonolência da sr.^a M., descreveram a sua relação, demonstrando extremo carinho e sofrimento e, que o que sentiam haver de mais significativo, para os três, seria trazer-lhe uma fotografia conjunta. Depreendi que pelo ambiente tecnicista e um pouco intimidador que, talvez, até ao momento, não lhes teria parecido oportuno falarem com a mãe e esposa, de forma descontraída, de forma natural, retraíndo-se aos seus próprios sentimentos, não os partilhando. Já desde a década de 80, que se evidencia o interesse e estudo das necessidades da família/pessoa significativa dos clientes internados em UCI e inerente apoio prestado. Contudo e, pela própria condição humana, da Pessoa – cliente, família e o próprio enfermeiro – os fatores de stress da UCI, a ansiedade e a vulnerabilidade, variáveis presentes ao longo do tempo, bem como o facto de muito ser escrito mas, por vezes, pouco analisado e refletido na prática, tornam-no uma atualidade.

A dificuldade em comunicar com um familiar sonolento ou inconsciente, a preocupação com a possível morte ou incapacidade permanente do cliente e a incerteza em relação à sua capacidade de controlar o ambiente tecnológico não familiar da UCI, traduzindo-se em eventos de elevada intensidade e complexidade, são alguns dos fatores de stress vivenciados pelos familiares. As necessidades, por ordem de importância, são a necessidade de reduzir a ansiedade, de informação, de estar próximo do cliente, pessoais – que se reportam a necessidades como sala de pausa, privacidade, serviços de apoio, para alimentação, para oração -, de apoio e de se sentirem úteis, envolvidas nos cuidados e nas tomadas de decisão. CURRY (1995) e MARQUES (2009). De acordo com estes autores, os enfermeiros são considerados como o elemento chave na identificação e satisfação destas necessidades. Como tal, a sua formação é de basilar importância, pois a sua preparação não adequada à resposta das necessidades, pode originar consequências adversas, tais como aumento da ansiedade, insegurança e até mesmo sentimentos de agressividade.

A escala de Carkhuff, em comparação com outras medidas de referência de avaliação de Empatia, apresenta-se como uma base sólida e válida no construto da relação interpessoal de ajuda. (YU e KIRK, 2009) De acordo com o descrito, facilmente me apercebi de que talvez, por diversas variáveis, em contactos realizados anteriormente, apenas se tivesse desenvolvido uma compreensão empática de nível 2, não tendo sido globalmente identificada, percecionada e desenvolvida toda a expressão de emoções e sentimentos, contribuindo para a comunicação. Ao longo dos vários momentos em que comuniquei e intervi através de várias estratégias, com esta família, considero ter chegado mais longe, penso que até ao nível 4/5, pois foi-me proporcionado o desenvolvimento gradual desta interação, a qual permitiu aos familiares desenvolver um nível mais profundo de autoconhecimento, existindo momentos, em que senti a disponibilidade, confiança, paz interior, tranquilidade e efetivamente a capacidade de expressão livre dos seus sentimentos e a reflexão e análise dos mesmos perante aquela situação, que se caracterizava por ser tão repentina e desgastante física e emocionalmente.

Capacitar o outro das suas capacidades intrínsecas, da sua capacidade de mobilização de recursos, é algo deveras complexo, que implica o autoconhecimento e a utilização dos recursos pessoais do enfermeiro. (WATSON, 2002); (CHALIFOUR, 2008). Naturalmente, que, tal como já mencionei, por diversas variáveis, pela nossa própria condição humana, que nos é inerente e que nos qualifica como dignos de respeito, nem sempre temos a disponibilidade física e emocional de dar resposta a níveis tão elevados, existe sim e, para mim, é exigido, o comprometimento para tal. Os pormenores realmente são a grande diferença.

A gravidade do estado clínico, bem como toda a dinâmica de meios tecnológicos e procedimentos invasivos, assumem-se em eventos de alta intensidade e complexidade, que implicam a especificidade de atuação perante o acompanhamento e apoio ao cliente e família/pessoa significativa, em Unidade de Cuidados Intensivos. É exigida a simples passagem de uma tecnocracia para uma tecnologia que serve a humanidade. Justifica-se a amplificação da sua comunicação, validação e visibilidade perante os restantes profissionais e público em geral. Assim, considerei pertinente, uma vez que se reportava intimamente ao meu estágio, na UCI, a realização de um póster - "Cuidar em UCI" (APÊNDICE IX), abordando três aspetos imprescindíveis e que se intersejam na prestação de cuidados na UCI, perante a tríade enfermeiro, cliente e família – a Relação Interpessoal, a Comunicação e o Ambiente Terapêutico - para as "I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica". Com seleção da Comissão Científica deste evento internacional, reconhecendo a sua validade. Assim, foi realizada a apresentação científica do respetivo póster nas "I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica", com a habitual e inerente análise, reflexão e discussão. Penso ter sido um contributo importante, pela contribuição para não só no domínio exclusivo da formação científica e formal, mas também pela reflexão e análise de uma temática, como já mencionei tão significativa ao cuidar e ao desenvolvimento do meu estágio. A participação no congresso, não só pela apresentação dos póster's supracitados, bem como pela toda a partilha, foi deveras um contributo de grande análise e aquisição de conhecimentos, pelas temáticas apresentadas, em particular a complexidade da relação em cuidados intensivos e a transição destes para os Cuidados Paliativos – onde emerge mais uma vez a relevância do aprimoramento de relação interpessoal.

Nesta **última fase**, na persecução das anteriores, reflito e analiso na **transmissão de más notícias na UCI**.

Acompanhar o cliente crítico/família/pessoa significativa e realizar uma adequada transmissão de informação/más notícias à família/pessoa significativa, sempre que necessário, é uma intervenção muito delicada e cautelosa, devendo ter por base informação correta, concreta, clara, realista, adequada e personalizada (tendo por base o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como a gravidade da situação do cliente). WATSON (2002), especificamente refere a promoção de um ambiente adequado à comunicação de más notícias, em que por vezes, na UCI, denoto algumas vulnerabilidades: não valorização de aspetos

relacionados com o conforto, a privacidade e a segurança, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados e a adaptação dos familiares a esta nova realidade. Baseados na evidência dos estudos de investigação apresentados, CURRY (1995) e MARQUES e SILVA (2009), relatam que os familiares gostariam, na sua maioria, que a comunicação de más notícias fosse realizada com sinceridade, de forma humanizada e em local reservado. Na UCI, é possível a sua concretização. Encontra-se disponível uma sala para a transmissão de más notícias (já descrita anteriormente quando abordado o acolhimento), a qual proporciona privacidade e intimidade, implicando, igualmente, disponibilidade, elementos essenciais, requeridos neste momento tão complexo.

Em relação ao que deverá ser transmitido, toda a informação deverá ser unânime e partilhada por todos os elementos da equipa, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional. Tal aspeto, verifica-se entre os elementos da UCI, contudo, já existiu uma situação em que tal não se verificou entre elementos de diferentes especialidades (exteriores à UCI), o que proporcionou o desenvolvimento de uma situação de ansiedade, dúvida e instabilidade dentro do seio familiar do cliente em questão. Apesar dos contributos da equipa de enfermagem perante a família, para que tal se dissipasse, foi de relevante importância, o contributo da partilha de informação com a restante equipa clínica, de modo a que após análise de equipa, se apresentaram propostas à família, no intuito de a envolver na tomada de decisão e inerentes cuidados prestados, tal como afirmado por WATSON (2002, p169), “ (...) fornecendo auxílio situacional, ensinando métodos de resolução de problemas e reconhecendo capacidades para lidar com a vida e de adaptação à perda.”.

Em relação às necessidades formativas, penso que a equipa se encontra sensibilizada para esta temática, mostrando-se disponível e atenta, contudo, perante a tomada de decisão na transmissão de informação/más notícias por parte da equipa de enfermagem, denoto ser importante, além da partilha de conhecimentos e experiências, a abordagem de estratégias para gerir e lidar com o seu desconforto pessoal e com o stress e ansiedade dos familiares. Assim, após conversa com o meu orientador e o Enfermeiro Chefe da UCI, propus-me a realizar uma ação de sensibilização da equipa de enfermagem para a relevância de uma adequada transmissão de más notícias à família/pessoa significativa. Para mim, foi uma mais valia, pois, inicialmente, o Enfermeiro Chefe preferia que realizasse uma abordagem a uma qualquer temática técnica, cirúrgica e, após, várias conversas, reflexões, análise fundamentada e confrontação com diversos estudos – tendo, também, em linha de conta as diversas situações que surgiram no decorrer do estágio – foi com grande agrado que vi reconhecida a importância e pertinência da abordagem da temática selecionada. Pois só se poderá aprender a fazer fazendo e refletindo sobre os problemas, de modo a construir e validar soluções para cada situação. Assim, neste âmbito, foi realizada uma ação de sensibilização na UCI: “Comunicação de Más Notícias” (APÊNDICE X), tendo por destinatários elementos da equipa de enfermagem e médica, de forma a uniformizar a atuação, a linguagem e a reconhecer e fortalecer o trabalho em equipa. Estiveram presentes elementos de ambas as equipas, tendo

colaborado na dinamização da ação, enriquecida com a discussão e reflexão, entre a equipa médica e de enfermagem, abordando situações concretas, durante a apresentação. Considero que a ação atingiu o seu objetivo, na sensibilização perante a temática contribuindo para a efetivação da melhoria das práticas, complementada com estratégias de suporte aos profissionais. Foi efetuada a avaliação da sessão, sendo de realçar a elevada concordância por parte dos formandos em relação às questões que definem o seu propósito: *De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional? Motivação da equipa para a utilização do protocolo SPIKES? Contribuição para a melhoria dos seus conhecimentos na área?.* A apresentação do tratamento de dados será realizada em anexo de forma global e individualizada, apenas em relação às três questões acima mencionadas, de acordo com o descrito anteriormente. (APÊNDICE XI)

No intuito de realizar um instrumento de suporte à equipa de saúde, conjugado com a sua utilidade e criatividade, num hospital que se designa “sem papel”, realizei um *tapete de rato* (APÊNDICE XII), com imagens da UCI e com o Protocolo de SPIKES – abordado na ação de sensibilização realizada. Foram entregues quatro *tapetes de rato* na UCI, para a equipa de saúde. Tendo esta manifestado o seu interesse e elogiado o instrumento como válido, prático e útil.

Assim, penso que me empenhei significativamente para que as questões de gestão e/ou capacidade de lidar com as emoções e sentimentos dos familiares do cliente crítico, perante a transmissão de más notícias, pela equipa de saúde, fossem minimizadas em relação ao seu grau de dificuldade, facultando estratégias de suporte, ações de sensibilização formais e informais e reflexões. Neste processo, é crucial perceber que a comunicação é a chave de todo o processo relacional. Antes de mais, é necessário conseguirmos identificar, desmistificar, saber lidar e aceitar os nossos próprios sentimentos e emoções, pelo que esta temática se apresenta como complexa, sendo um grande desafio, a meu ver, enriquecedor.

Corroborando este último objetivo, o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, refere que este, “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”, gerindo, conseqüentemente “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.” (REGULAMENTO Nº124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.).

Ao longo deste estágio, as atividades e estratégias implementadas, suportadas pelo saber científico e pela reflexão profissional, permitiram explorar a nossa visão holística do cuidar contribuindo para o aprimoramento de atitudes e comportamentos do agir profissional. Não se reduzindo ao saber científico-técnico, próprio da tecnocracia intensivista, mas ampliando-se na sua transversalidade científico-relacional.

Todos os documentos elaborados ficaram à disposição da Unidade de Cuidados intensivos, tendo sido entregues ao Enfermeiro Chefe. Desde sempre foi demonstrada disponibilidade para colaborar futuramente em possíveis alterações a que os documentos possam estar sujeitos e, em partilhar a minha pesquisa e trabalho realizado, quando premente e utilitário para o serviço. Sendo meu intuito manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

3. MÓDULO III - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ao longo deste estágio na UCP do Hospital da Luz, foi confirmada de igual modo a perceção inicial de que seria um campo de estágio deveras enriquecedor, não apenas no âmbito de aquisição e desenvolvimento de competências a nível de conhecimento científico e técnico, mas também e, essencialmente, no desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais. A exigência do cuidado total é algo já abordado e refletido ao longo dos capítulos anteriores. Contudo, a transversalidade do cuidar, aqui reforça o seu eco em aspetos decisivos como a essência ética, o sofrimento físico, psicológico e existencial. Como LOBO ANTUNES salienta, esta é "... a medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com o outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade." (in BARBOSA e NETO, 2010, p. xiii).

Os clientes, família/pessoas significativas, colegas e restante equipa multidisciplinar, tal como no estágio anterior constituíram um aliado importante e enriquecedor nesta caminhada de partilha de aprendizagens, promovendo o processo de desenvolvimento profissional e consequente desempenho perante o diagnóstico de situação, estabelecimento de estratégias e intervenção concreta e adequada em tempo útil, tendo por base a articulação de vários domínios, mobilizados de acordo com a PESSOA. Os objetivos traçados tiveram por base as particularidades do contexto operacional e foram-se adequando ao longo do estágio. Sendo meu privilégio ser semente de mudança. A apropriação e certificação de competências foi assumida e validada perante o agir profissional, científico-técnico, ético-moral e relacional.

Assim, de forma sucinta será realizada a caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz para contextualização, posteriormente, de forma pormenorizada, serão apresentados, os *objetivos de estágio, estratégias e indicadores de avaliação* realizados, os quais fundamentam os eixos estruturantes deste estágio, tal como no anterior: o cuidar numa UCP, o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a comunicação com o cliente e família/pessoa significativa, numa ótica de certificação de competências perante a busca da excelência na prestação de cuidados. Como referencial teórico, transversal ao estágio anterior, Jean Watson e Patrícia Benner, direcionam e moldam o meu agir profissional.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Realizei estágio na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, diferenciada como prestadora de Cuidados Paliativos de Nível III, encontra-se sediada no Pólo do Hospital Residencial, piso 4. Tem como valências: internamento com 14 quartos individuais, existindo contudo a disponibilidade de vagas adicionais, em Cuidados Continuados (total de 34 vagas), sempre que se justifique - a salientar ainda que dois destes quartos cumprem critérios de isolamento, permitindo pressões negativas e positivas no seu interior-, consulta externa, com apoio de enfermagem de acordo com as necessidades, consultadoria intra-hospitalar a outros serviços e Cuidados Paliativos Pediátricos (em colaboração com os colegas do serviço de Pediatria) em internamento e consulta externa.

A admissão de clientes, na Unidade de Cuidados Paliativos faz-se por transferência do Serviço de Assistência Médica Permanente, outros serviços de Internamento do Hospital, Consulta Externa ou de outros hospitais.

O espaço físico é composto pelos quartos – espaço amplo, com bastante luminosidade, janelas amplas e ambiente acolhedor, que pode ser personalizado com objetos pessoais e significativos, tendo à disposição televisão, internet e música, sofá cama, onde poderá pernoitar um acompanhante, sempre que o cliente/família o deseje, com wc privativa -, por uma sala de visitas, de dimensões avançadas, luminosa, cores neutras, sofás confortáveis, dispostos em set's e imagens/quadros que complementam a criação de um ambiente tranquilo e ao mesmo tempo vários espaços acolhedores disponíveis – local onde, p. ex, é realizado o acolhimento, Conferência familiar (...); uma sala de estar, no final dos quartos da Unidade de Cuidados Paliativos, também esta com características descritas anteriormente, uma sala de tratamentos (pouco utilizada), uma sala de banho assistido, uma sala de atividades lúdicas, onde poderão ser organizadas atividades específicas promotoras da autonomia e bem estar do cliente - local onde, p. ex, a Sr^a I. realizava as suas pinturas – e sala de refeições, todos estes espaços são ligados por um corredor amplo e luminoso, que incentiva a mobilidade, conforto e bem-estar dos clientes. Existe, ainda, uma sala de apoio à prestação de cuidados, com material direcionado à Unidade de Cuidados Paliativos e com computadores disponíveis para registos.

A equipa de saúde é constituída por médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica, com formação específica, prestando assistência contínua. A equipa inter e multidisciplinar é assim constituída por: 1 Diretora Clínica, 4 Médicos com Formação Avançada em Cuidados Paliativos - disponibilidade 24h, 40 Enfermeiros (destacando-se a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Paliativos), 1 Psicóloga, 20 Assistentes de Ação Médica e 4 Administrativos (em regime de rotatividade), contando também com o apoio de voluntários com preparação prévia.

A equipa de Enfermagem presta cuidados a clientes do foro médico, cirúrgico e paliativo, em sistema de rotatividade, sendo que os elementos que prestam cuidados aos clientes/famílias na Unidade de Cuidados Paliativos, todos eles são predominantemente detentores de Formação Avançada em Cuidados Paliativos. A totalidade da equipa de enfermagem é detentora do curso básico de Cuidados paliativos, sendo definido concomitantemente um plano de formação anual para os auxiliares de ação médica, de acordo com as necessidades, para que mantenham formação atualizada nesta área.

A metodologia de trabalho adotada é a de enfermeiro responsável, garantindo uma maior personalização dos cuidados e disponibilidade, concomitante intercruzando-se transdisciplinarmente.

A classificação de informação em Enfermagem utilizada é a CIPE – são realizados diariamente os registos diários, por focos de atenção (em regime de escrita livre) e o registo das intervenções autónomas. Contudo não existe, um referencial teórico, como fundamento do nosso agir, contextualizando a avaliação de necessidades e que conduza a intervenções fundamentadas, assertivas e qualificadas com a certificação de aquisição de competências.

Existe uma boa articulação entre os profissionais de saúde e os restantes serviços de apoio, tais como, o serviço de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Dietista, a farmácia, entre outros, fundamentais ao processo terapêutico do cliente. A assistência religiosa está a cargo de um Frei (religião católica), contudo é salientado que, caso se pretenda outro apoio religioso, o cliente/família poderá chamar o ministro da sua religião à Unidade, após informar a equipa.

Relativamente às visitas, estas dispõem de um horário alargado: das 10h às 22h, em quartos individuais ou duplos com um só ocupante (podendo pernoitar um acompanhante, se o desejar) e das 12h às 20h, em quartos duplos com dois ocupantes. Por indicações clínicas ou decisão do cliente, as visitas podem ser reduzidas ou mesmo restringidas. A disponibilidade de atendimento telefónico (enfermagem e médico) é alargada, sendo que em situações especiais, perante um cliente em fase agónica, é realizado contacto noturno, se fôr desejo da família, por parte dos profissionais, demarcando sempre um cuidado antecipado e personalizado.

3.2.DESCRICÃO E ANÁLISE CRÍTICA DE OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Objetivo Geral

Desenvolver e demonstrar competências no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na prestação de cuidados aos clientes/família em Unidade de Cuidados Paliativos

A preferência por esta área que desde sempre me fascinou, como já havia mencionado, advém pelo que posso oferecer ao outro, pela singularidade e significância de todos os momentos, pela diferença do pormenor do nosso Cuidar, a quem espera tão pouco e que podemos oferecer tanto. “Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.” (Direção-Geral da Saúde, 2004, p4). Deste modo, a introdução destes cuidados deverá ser o mais precoce possível, inter cruzando-se cuidados curativos e paliativos, de modo a colmatar as necessidades do cliente/família, promovendo o seu conforto e bem-estar, qualquer que seja a fase em que se encontre e/ou seu diagnóstico – os cuidados paliativos não se baseiam numa especificidade diagnóstica mas sim num conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença crónica, sem resposta curativa e com prognóstico limitado. Será assim maximizada a qualidade de vida do cliente/família e otimizada uma prestação de cuidados paliativos de qualidade. Contudo, apesar de atualmente perspetivada como um direito humano, a sua acessibilidade ainda não é linear. É importante, como futura enfermeira especialista, não só saber dar visibilidade aos cuidados prestados mas essencialmente munir os restantes enfermeiros de ferramentas para que também o façam, com rigor e qualidade. Apenas deste modo poderemos transmitir a relevância destes cuidados e sensibilizar os elementos da equipa de saúde de outras áreas do Saber, perante a sua transversalidade.

Os cuidados paliativos atuam sob quatro vertentes, de igual importância: controlo de sintomas; comunicação adequada; apoio à família e trabalho em equipa. Apenas fará sentido uma prestação de cuidados que contemple estas áreas como fundamentais e de igual importância, suportada por uma adequada e sólida formação – constituída por áreas científicas com um corpo de conhecimentos próprios, que permita uma correta intervenção. Como tal, este estágio foi deveras desafiante e enriquecedor no desenvolvimento, certificação e mobilização de competências, complementando a minha experiência prévia com as bases pedagógicas de formação avançada e com pesquisa científica, aliadas a uma forte motivação pessoal. Tal como BENNER (2001) salienta, o Perito, já não se rege pelo princípio analítico, a excelência do nosso desempenho conseguir-se-á através da conjugação da nossa experiência com um alto nível de senso e conhecimento científico. Sinto ser necessário desenvolver a escrita, a observação clínica e o registo correspondente a esta prática avançada. Permitindo a visibilidade da singularidade e riqueza do conhecimento presente na nossa praxis. Esta, será uma suscetibilidade equacionada ao longo deste capítulo.

Ao longo destas páginas, são narrados os objetivos específicos, de forma a contextualizar a minha reflexão, servindo de ponte metodológica referencial para o trajeto que analiso e reflito.

Objetivo 1

Desenvolver competências científicas e técnicas, perante as especificidades de intervenção de enfermagem ao cliente/família/pessoa significativa, em Cuidados Paliativos

Por esta ser uma área tão específica, foi deveras imprescindível a integração e mobilização de conhecimentos que me suportassem a gestão de cuidados, englobando a compreensão, estabelecimento de prioridades e capacidade de intervenção perante a prestação de cuidados ao cliente/família/pessoa significativa, em Cuidados Paliativos. As particularidades da comunicação, o envolvimento, o compromisso, o trabalho em equipa interdisciplinar, o controle sintomático, a atenção aos pormenores, almejando uma máxima adequação entre as expectativas e qualidade de vida, em momentos da vida tão críticos e singulares dos nossos clientes e respetivas famílias, implica determinantemente capacidade de tomada de decisão, iniciativa e intervenção perante situações imprevistas e complexas, de forma sistemática e criativa. Cada Pessoa (entenda-se Pessoa, como unidade – cliente/família) é única e deste modo, o seu trajeto é igualmente único, pelo que é necessário estar munida de “ferramentas” e essencialmente que as saiba adequar, em tempo útil, no momento oportuno – deparo-me com múltiplas situações diárias: o feed-back imediato à mensagem/questão do cliente e/ou família; a validação; a confrontação; a antecipação no controle sintomático; entre outras. Estas intervenções, no âmbito geral e em particular nos Cuidados Paliativos, só farão sentido quando conjugadas e refletidas nas suas implicações e responsabilidades sociais/éticas. Não descurando o Saber Fazer, sendo imprescindível perante uma prática de excelência, neste momento, apesar de também me acompanhar ao longo de uma década, considero ser importante analisar e refletir um pouco sobre o Saber Estar, pedra basilar, transversal a qualquer cuidado. Naturalmente, tenho prestado cuidados nas diferentes fases do cliente em cuidados paliativos, envolvendo a família na prática dos mesmos, contudo, neste momento, retrato a fase agónica, em que o agravamento da debilidade e comprometimento/falência multiorgânico do cliente; torna imprescindível antecipar e prevenir as crises, minimizando o sofrimento do cliente/família, de modo a proporcionar suporte promovendo o máximo conforto e qualidade de vida possível para um fim de vida digno. Não só é fundamental possuir competências que me permitam reconhecer a entrada do cliente, nesta fase, mas essencialmente atuar em antecipação e em conformidade – exige flexibilidade perante a adaptação à grande diversidade das necessidades do cliente e à intensificação dos cuidados à família, que se encontra mais vulnerável. É uma fase igualmente desgastante para o profissional de saúde, pela sua consciência (que a concilia com o aspeto moral do cuidado), pelo seu compromisso, pela sua competência, pela sua compaixão [“ato de partilha cuja aprendizagem ocorre nos contextos de trabalho.” (NEVES e PACHECO, 2004, p.74)]. Existem momentos, que nos fazem parar e refletir na nossa prática. Ao prestar cuidados de conforto à Sr.^a I., que se encontrava em fase agónica, questioneei a filha (que se encontrava no quarto) se achava apropriado ou se gostaria de colocar música para a mãe (tentava perceber se seria um gosto, se haveria alguma música significativa, pois embora a Sr. I. ao início gostasse de ouvir

música, numa fase final, havia recusado algumas vezes). A filha agradeceu e respondeu-me que não seria necessário, que continuaria a ler-lhe, refere que se encontrava a ler-lhe um romance. Reforçei alguns pormenores, antecipando algumas dúvidas: esclarecimentos sobre prioridades/necessidades de cuidados. Senti que o espaço de empatia e congruência permitiu que a filha sinalizasse que não, de momento não surgiam mais dúvidas e/ou outros receios a esclarecer, segundo a mesma. Após terminar os cuidados de conforto, tornei a tocar o braço da Srª I. com um ligeiro aperto, demonstrando a minha presença e disponibilidade. Despedi-me e retirei-me do quarto. Após ter saído, refleti e senti que a Srª I. e a filha se encontravam tranquilas, a filha demonstrava sentir-se apoiada, orientada. Contribuí para uma melhor interiorização desta fase? Para um ambiente de suporte protetor, favorável ao reajuste da evolução da doença? Transformei um momento negativo com a minha presença calorosa? Senti-me tranquila, confortada com o meu comportamento/atitude, com a sugestão que dei, o toque a dizer “estou aqui”, pela relação que havia estabelecido, (...), foram vários os momentos que me ajudaram no meu autoconhecimento, no meu autodomínio, no meu saber estar... sendo uma mais valia perante a adaptação da minha prática à luz destes novos acontecimentos.

A formação específica é deveras uma mais valia, uma âncora científico-teórica, que fundamenta o nosso agir e que, aliada à imprescindível ferramenta de desenvolvimento profissional que integra os conhecimentos e as competências adquiridas com a experiência clínica vivenciada, suportada por um referencial teórico, nos capacita para alcançar a especialização. O equilíbrio, que sei ser um continuum, entre as exigências da técnica, suportada por estudos científicos e investigações fundadas sobre a teoria [que se relê na prática e experiência de uma enfermagem perita] e a sensibilidade humana, suportada pelo saber ser e saber estar, deriva de uma maturidade trabalhada e vivida ao longo do meu percurso profissional. Sinto que abracei o desafio que me foi colocado ao ser confrontada com uma área de desenvolvimento menos familiar da minha prática atual, apesar do desgaste, todos os momentos são deveras gratificantes, pois mantenho presente a Pessoa que cada cliente e família é, com as suas especificidades.

É importante destacar pormenores que definem a diferença nos cuidados personalizados que pratiquei (e que são os praticáveis, naquela Unidade): intervenção de acordo com a avaliação e registo atualizado de diversas Escalas – avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), de capacidade funcional (Karnofsky) e grau de dependência (Barthel) do cliente, avaliação do risco de quedas (Morse) e risco de úlceras de pressão (Braden) do cliente e avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit) -; participação e intervenção na reunião com equipa médica diária, na reunião semanal de equipa multi e interdisciplinar – abordagem e análise dos clientes e respetiva família, como unidade recetora de cuidados, nas suas vertentes bio-psico-sociais e espirituais, ao longo do seu processo, analisando quais as intervenções mais adequadas, como na reunião diária, contudo, à luz dos contributos das várias disciplinas -; todos estes contribuem e permitem a elaboração e concretização de um plano terapêutico adequado,

constantemente atualizado e individualizado, o qual é abordado e discutido com o cliente/família.

Em várias reuniões informais analisamos e refletimos sobre o significado das nossas deliberações, das nossas ações e da sua pertinência e coerência moral e ética. No contexto dos cuidados de saúde, a crescente complexidade dos mesmos, o avanço científico-tecnológico e a supremacia economicista condicionam o confronto de valores e deveres, envolvendo o enfermeiro em processos deliberativos éticos e morais de natureza complexa. Relato, uma situação, em especial, referente ao questionamento perante uma intervenção – administração de Bolús de Amiodorona – a uma cliente, a Sr^a. M. que se encontrava em Cuidados paliativos, com antecedentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) com hemiparésia sequelar e alteração da linguagem, totalmente dependente nas suas atividades de vida diárias, contudo, ainda com vida de relação e que desenvolve um episódio de Fibrilhação Auricular com Resposta Ventricular Rápida. É decidido em equipa punccionar um acesso venoso e realizar apenas o bólus de Amiodorona, no intuito de controlo de sintomas e tranquilização/conforto da cliente (como fim último de tratar, cuidar). Contudo surgiram algumas questões em relação a esta intervenção, por parte de alguns colegas (adequação da administração da terapêutica). Após análise e reflexão, compreenderam-na como uma ação paliativa, diferenciando-a da decisão de não transfundir a Sr^o M. (apresentava Hb-8.3, sem resposta a duas administrações prévias), sendo esta, considerada um ato de futilidade terapêutica. A análise de casos, perita, realizada durante o período teórico nas aulas de Ética em Enfermagem em fim de Vida foi uma mais valia neste percurso. “A estratégia utilizada para a resolução de dilemas éticos constitui não somente um enunciar de um processo deliberativo em que, através da análise de cada uma das suas etapas constituintes, se chega à solução de qual a alternativa em conflito é a escolhida mas, acima de tudo, ela é um processo criativo e contextualizado, de reavaliação de meios e fins e até de uma reconceptualização da própria natureza da situação e das alternativas em oposição.” (GÂNDARA in NEVES e PACHECO, 2004, p.415).

O nosso compromisso, enquanto profissional, é: “a proteção, o aumento e preservação da dignidade, da humanidade, do todo e da harmonia interior.” (WATSON, 2002, p.117). Os Cuidados paliativos emergem como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais. Segundo a OMS (2002), estes definem-se como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. (in BARBOSA e NETO, 2010, p.3). Fundamentam-se sobre quatro pilares, de igual premência: Controlo Sintomático, Comunicação adequada, Apoio à Família e Trabalho em equipa. Não será possível prestar cuidados paliativos de qualidade se algum destes for subestimado. (Direção-Geral da Saúde, 2004; BARBOSA e NETO, 2010). Assim, consciente da minha responsabilização – profissional,

ética e legal, como elemento indiscutível de otimização e qualidade na prestação de cuidados, com o intuito de proporcionar e promover momentos de reflexão e partilha, antecipando dúvidas e questões sobre a temática em situações vivenciadas no serviço, realizei um cartaz “Princípios Éticos: O Essencial do “Saber Agir” (APÊNDICE XIII), que posteriormente foi afixado na sala de trabalho de Cuidados Paliativos, que permitisse e promovesse uma intervenção adequada e fundamentada. Tem por objetivo ser um instrumento de consulta rápida, sobre aspetos elementares e, de fácil acesso a toda a equipa. É salientado que as decisões terapêuticas devem ser regidas pela promoção da dignidade e autonomia do cliente e que tal só poderá ser garantido com o envolvimento do mesmo perante a definição dos objetivos terapêuticos. Tal como o Cartaz, foram também, analisadas e refletidas, situações clínicas vivenciadas na UCP e artigos considerados de maior relevância, tal como “The A,B,C & D of Dignity Conserving Care”, de Harvey Chochinov, que se revelaram momentos muito enriquecedores, promotores de uma metodologia de intervenção – ação, com o envolvimento dos enfermeiros da UCP, ao nível de desempenho de um saber especializado.

Objetivo 2

Analisar os resultados da aplicabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, pelos enfermeiros, de Maio a Outubro de 2011

A Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit é aplicada na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), pelos enfermeiros, desde maio de 2011. Após identificação da premência da sua avaliação e da leitura de algumas suscetibilidades, foram implementadas iniciativas, com o intuito de validar a sua interpretação e efetivar a resolução de problemas, pelo desenvolvimento e apresentação de estratégias, incorporando na prática resultados de investigação válidos e relevantes no contexto da especialização, assim como outras evidências, através de estudos de investigação pesquisados, partilhados e implementados na avaliação da escala e estratégias realizadas. Como tal, no âmbito das necessidades formativas, foi realizada uma *ação de sensibilização* em Journal Club na UCP, onde foi apresentada a Análise e interpretação dos resultados da aplicação da Escala de Zarit (EZ), que espelha o trabalho realizado. (APÊNDICE XIV).

Assim sendo, salientam-se dois conceitos importantes, “**O objetivo dos cuidados paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família.** A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos.” (Direção-Geral da Saúde, 2004, p.4). A claudicação familiar pode definir-se como “uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada aos múltiplos pedidos e necessidades do

utente.” (GORT, 2003, p.132). É, assim, imprescindível cuidar a família/pessoa significativa e fundamental não só desenvolver estratégias de apoio e suporte mas, também, avaliar e analisar a existência de claudicação familiar, com rigor científico, adequando estratégias de intervenção e avaliando as mesmas, como fim último almejando a diminuição ou ausência de claudicação numa ótica de excelência de cuidados.

A Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, é o instrumento de avaliação de sobrecarga mais utilizado a nível internacional, apresenta um constructo multidimensional (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e percepção de autoeficácia) (SEQUEIRA, 2010). Neste trabalho é utilizada a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit reduzida em Cuidados Paliativos, validada como um instrumento robusto de diagnóstico de claudicação familiar (presente se Zarit total ≥ 17), pela sua fácil aplicação, alta sensibilidade e especificidade. Foram mantidas as dimensões de sobrecarga, autocuidado e perda do papel social/familiar, sem prejuízo de informação obtida, visto manterem-se as dimensões de maior relevância em Cuidados Paliativos. (GORT, 2005). É essencial perante a avaliação da claudicação familiar – seu diagnóstico, quantificação, intervenção e reavaliação -, por forma a permitir uma intervenção integral na unidade recetora de cuidados – cliente/família – com qualidade e dignidade. Concomitantemente, permitirá a avaliação da eficácia da intervenção da equipa interdisciplinar, percecionando a evolução da claudicação durante o período de internamento na UCP, conferindo visibilidade aos cuidados prestados.

As atualizações constantes regulam e fundamentam o saber da experiência. A investigação é uma atitude ontica, faz parte da essência do enfermeiro, pois é através dos seus contributos que a profissão avança. (BENNER, 2001; WATSON, 2002; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, 2006).

Este trabalho tem por *objetivos*: analisar os resultados da aplicabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, pelos enfermeiros da UCP, de Maio a Outubro de 2011; explorar, descrever e validar a sua interpretação. Tem por *finalidade*: verificar a existência de suscetibilidades, efetivar a resolução de suscetibilidades identificadas, pelo desenvolvimento e apresentação de estratégias, incorporando na prática resultados de investigação válidos e relevantes no contexto de sobrecarga do cuidador principal. Sublinho a sua relevância perante o impacto direto no apoio à família, pilar fundamental dos cuidados paliativos.

De acordo com a finalidade e objetivos deste trabalho, realizei um estudo de natureza quantitativa, que me permitiu obter, organizar e analisar dados, através da avaliação do instrumento – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit – e técnicas de pesquisa.

A escala de autopreenchimento é constituída por 7 asserções, com escala tipo *likert* (pontuação de 1-5). Apresenta uma caracterização sumária do cuidador no seu cabeçalho. O Score de sobrecarga define-se como *Zarit* < 17 : Ausência de Sobrecarga e *Zarit* ≥ 17 : Existência de Sobrecarga. GORT [et al] (2003, 2005).

A autorização para observação participativa e consulta de processos foi obtida junto da instituição, na pessoa da Sr.^a Enfermeira Diretora, Sr.^a Enfermeira Chefe e Sr.^a Diretora Clínica da Unidade de Cuidados Paliativos. Permitindo a identificação “vivencial” dos recursos e significações do cuidador principal.

A população alvo foram os cuidadores principais dos clientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos.

O processo de amostragem foi não probabilística, selecionando todos os cuidadores principais dos clientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos, no período de 01/06/2011 a 31/10/2011, vindos do domicílio, totalizando 32 cuidadores principais.

Os dados foram submetidos a tratamento manual e informático, com recurso a estatística descritiva, com suporte base excel. As variáveis interpretadas, analisadas e descritas decorrem da análise de literatura pertinente: pesquisa bibliográfica com revisão científica e estudos de investigação.

Reflito e analiso aspetos que considero premente a sua perceção, compreensão, sensibilização e intervenção, ao nível de desempenho de uma lente perita. Remetendo uma leitura mais pormenorizada e globalizante para o trabalho apresentado em anexo. (APÊNDICE XV)

Analisando a **Caracterização da Amostra**, constituída por 32 cuidadores principais, os dados obtidos em relação às variáveis género e relação/grau de parentesco confirmam o descrito pela literatura. Contudo, não foi realizada avaliação/registo em relação às seguintes variáveis: idade, habilitações literárias, atividade profissional, encargos familiares, apoio na prestação de cuidados e tempo de prestação de cuidados. Surge por inerência a dificuldade em apreendermos os recursos disponíveis, por parte do cuidador principal, que possam ser trabalhados e enfatizados durante o internamento e na preparação para a alta hospitalar. Sendo reforçado por diversos autores, GORT [et al] (2003, 2005); CASTILLO [et al] (2008); GIL [et al] (2009); FERREIRA (2010); FERREIRA [et al] (2010), que um acompanhamento prolongado poderá levar à ocorrência de sobrecarga do cuidador e que, o apoio na prestação de cuidados (recursos familiares/sociais/económicos) e os encargos familiares são 2 variáveis importantes que nos permitem a leitura do reajuste de papéis quando se assume a função de cuidar. Pelo que, por considerar de elevada importância o levantamento destes dados (essencialmente os últimos 4 itens), corroborado pela revisão de literatura científica já citada, os quais se encontram implícitos na caracterização da sobrecarga do cuidador, penso que seria relevante incluí-los na folha de rosto da Zarit, permitindo uma colheita de dados e caracterização mais completa, assertiva e uniformizada e, inerentemente uma intervenção mais direcionada. “Qualquer medida de avaliação de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores deve integrar as tarefas do cuidar e as características do cuidador.” (FERREIRA, 2010, p.80)

Relativamente à **Intervenção da Equipa Interdisciplinar**, aqui caracterizada pela equipa de Enfermagem, Médica e Psicóloga (realizada avaliação dos registos e observação participativa), existe uma intervenção quantitativamente superior perante os cuidadores que se encontram em claudicação, como seria expectável. Contudo, qualitativamente, considero muito importante salientar a relevância da abordagem direcionada ao cuidador principal, à identificação, quantificação, avaliação, intervenção e reavaliação do seu índice de sobrecarga. Concretizando a sua realização através de registos – de enfermagem, clínicos (diário médico e acompanhamento psicológico) que deem visibilidade aos cuidados que prestamos. De forma a permitir um cuidar validado e uniformizado, deixo como sugestão uma aplicação no Soarian, a concretizar quando o mesmo detetasse sobrecarga, apresentando sugestões de intervenção, tal como nas restantes escalas avaliadas. Apesar desta escala ser entregue pelo enfermeiro (o que penso que não terá que ser linear, sendo sugerido à equipa que tal seja organizado em prol da disponibilidade do respetivo elemento/cuidador principal), toda a restante equipa tem acesso ao seu resultado, pelo que é esperado que seja desenvolvido um trabalho em equipe, desde o seu diagnóstico até à sua contínua reavaliação, sempre que tal se aplique. É necessário consciencializar a equipa para o suporte científico e validado deste instrumento. É importante habilitar o cuidador a responsabilizar-se pelas opções tomadas e envolvê-lo no processo de cuidados. O suporte deve ser intensificado e adequado às alterações inerentes ao processo da situação clínica. Tais intervenções só serão concretizáveis através de uma equipa, com um referencial teórico que confira suporte científico, validado.

Em conformidade com a bibliografia revista, GORT [et al.] (2003); BACHNER e O'ROURKE (2007), o internamento numa unidade de cuidados paliativos diminui significativamente o índice de sobrecarga do cuidador, reforçando que a escala deverá ser reavaliada com um período de intervalo de 10 dias, de forma a garantir fiabilidade das respostas. É imprescindível que existam referências de reavaliação, não só porque são inerentes às intervenções que realizamos e nos permitem conduzir o nosso cuidar, mas também porque refletem o processo evolutivo da claudicação do cuidador e dão visibilidade aos cuidados prestados ao longo do período de internamento.

Relativamente à avaliação da **Sobrecarga do Cuidador Principal (Zarit)**, através das variáveis que operacionalizam a sua quantificação, esta é evidenciada nas seguintes vertentes: sensação de angústia/stress pela mudança de papéis e inerente acréscimo de responsabilidades (Zarit2); afeção do autocuidado, da sua saúde (Zarit5); sensação de sobrecarga experienciada pelo cuidador principal (Zarit7). Esta constatação encontra-se em concordância com os estudos de investigação realizados, GORT [et al] (2003, 2005); FERREIRA (2010); FERREIRA [et al] (2010)., contudo, ao contrário do referido na literatura, a sensação de perda do papel social e familiar na assumpção do papel de cuidador, maioritariamente, não se verifica (Zarit3). (FERREIRA, 2010, p.80). Mais uma vez se denotam variáveis importantes, passíveis de ser colhidas na caracterização do cuidador, como sugerido anteriormente. Na distribuição da **amostra global** é importante realçar que **47% dos**

cuidadores principais, se encontram em sobrecarga, quando da admissão do cliente. Pelo que mais uma vez se denota a **necessidade e importância da intervenção da equipa interdisciplinar, sua reavaliação e registo.**

Limitações / Principais dificuldades

Na realização deste estudo reconheço algumas limitações, tais como:

- Suscetibilidade em relação à não conformidade dos cuidados prestados *versus* registos realizados – diminuta informação a nível da caracterização de cuidador principal, da avaliação da sua sobrecarga, da intervenção preconizada e sua reavaliação.
- Não reavaliação da escala, que de momento, limita a avaliação da evolução/intervenção processual e a validação dos cuidados prestados.
- Amostra é pequena não permitindo, por isso, inferências.

Como aspeto menos positivo apenas gostaria de referir a demora no acesso aos dados solicitados, facto que condicionou o trabalho na sua linha temporal.

Sugestões

- Proposta de caracterização do cuidador principal relativamente aos seguintes aspetos: atividade profissional, encargos familiares, apoio na prestação de cuidados e tempo de prestação de cuidados.
- Proposta de inclusão da caracterização do cuidador principal na folha de rosto da Zarit, estruturado na 1ª parte do questionário;
- Proposta de aplicação no Soarian, a concretizar quando detetada sobrecarga, apresentando sugestões de intervenção;
- Proposta de avaliação da escala de Zarit, também, ao cuidador principal do cliente que ingressa, proveniente de outros serviços, instituições e/ou lares;
- Proposta de reavaliação da escala de Zarit, ao 10º dia, de forma a garantir fiabilidade das respostas e uma avaliação processual;
- Aplicação pela equipa interdisciplinar (enfermeiro/médico/psicóloga), organizada em prol da disponibilidade do respetivo elemento da equipa/cuidador principal (objetivar o elemento selecionado);

- Proporcionar momentos de reflexão e análise relativamente às condicionantes da aplicabilidade da escala de Zarit na população da UCP e aos contributos da mesma perante a praxis;
- Direcionar estratégias que motivem os elementos a estar mais despertos para a realização da Escala de Zarit – oferta de pastas de mola para colocação das folhas de processo/terapêutica dos clientes, com autocolante a reforçar o uso de EZ;
- Realização de estudos posteriores que permitam analisar estes processos mais aprofundadamente e com uma amostra representativa de forma a obter levantamento de dados e otimizar a sua análise e interpretação.

Após estas reflexões e sugestões, apenas acrescento que o desenvolvimento do conhecimento, indubitavelmente aliado ao desenvolvimento e registo de competências, “ (...) consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, (...)” (BENNER, 2001, p.32). No decurso deste objetivo, considero ter contribuído de forma válida para a prática, que advém da evidência de resultados de investigação relevantes na área da especialidade em enfermagem e que desejo seja transposto para a praxis desta Unidade.

Acrescento, ainda, que durante e após a apresentação dos resultados deste estudo, foi notório o elevado interesse e receptividade por parte da Coordenação de Enfermagem e restante equipa. Estiveram presentes vários elementos da equipa interdisciplinar – enfermeiros, médicos e psicóloga-, o que enriqueceu a discussão e reflexão proporcionada, abordando situações concretas durante a apresentação. As sugestões apresentadas foram refletidas em equipa no final da apresentação. Não foi aplicado questionário de avaliação da ação de sensibilização, por questões organizacionais.

Foi solicitada, pela Enfermeira Chefe, a realização de dois novos documentos:

- Questionário de Escala de Sobrecarga de Zarit a aplicar aos cuidadores, que incluisse na caracterização do cuidador principal: a atividade profissional, os encargos familiares, o apoio na prestação de cuidados e o tempo de prestação de cuidados. (APÊNDICE XVI)
- Sugestões de intervenção a concretizar quando detetada sobrecarga no registo em aplicação do Soarian. (APÊNDICE XVII)

Estes documentos foram elaborados e entregues à Enfermeira Chefe com intuito da sua revisão, aprovação e aplicação no ano de 2012. São documentos de fácil e rápido preenchimento e leitura, tendo sido considerado especificamente na sua construção. Fomentam, também, a relevância dos registos de enfermagem e contribuem para a visibilidade da profissão.

A Proposta de avaliação da Escala de Zarit, simultaneamente, ao cuidador principal do cliente que ingressa, proveniente de outros serviços, instituições e/ou lares e, da sua reavaliação ao 10º dia, foram também consideradas e validadas como ferramentas a aplicar no ano de 2012.

Após auscultação da equipa, foi aceite a proposta da aplicação da escala de Zarit, pela psicóloga, como fase experimental, em 2012, com o objetivo desta constituir uma forma adjuvante no início de uma relação interpessoal Psicóloga/Cuidador Principal.

Foram desenvolvidas estratégias com a intenção de fomentar a sensibilização para a realização da Escala de Zarit – oferta de *pastas* de mola para colocação das folhas de *processo/terapêutica dos clientes*, com *autocolante* a reforçar o uso de EZ. Estas tiveram elevada aceitação por parte da equipa, tendo-se iniciado a sua implementação no decorrer do respetivo turno, despertando também interesse nos momentos de passagem de ocorrências, induzindo à reflexão e discussão de situações concretas, ocorridas durante a prestação de cuidados, enfatizando a utilização da EZ, enfim, cumprindo o seu objetivo.

No que concerne à realização de estudos posteriores, encontra-se neste momento uma enfermeira desta Unidade a realizar formação avançada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual dará continuidade à pesquisa e investigação nesta área.

Considero que a formação/ação de sensibilização realizada, juntamente com as restantes estratégias desenvolvidas, são uma matriz, uma força propulsora para momentos de reflexão e análise relativamente às condicionantes da aplicabilidade da escala de Zarit na população da UCP e aos contributos da mesma perante a praxis.

Foi muito importante partir de uma necessidade sentida, auscultada à equipa e como tal, sentir o seu envolvimento, sendo as críticas consideradas como um constructo positivo. A recetividade e aceitação das sugestões foi deveras gratificante, sendo que a Enfermeira Chefe demonstrou elevado interesse e empenho em realizar efetivamente a sua aplicação no ano de 2012. De onde emerge o reconhecimento de aquisição de competências, versando a identificação, interpretação, compreensão e análise das significações e recursos do cuidador principal, cujo sentido confere importância à relação de ajuda/auxílio a desenvolver entre este e a equipa de saúde. Assim, cada vez mais podemos confirmar, ler a teoria através da prática. Concomitantemente, em diversos momentos de formação informal, da equipa inter e multidisciplinar, foram analisadas e refletidas várias situações de claudicação e possíveis e adequadas intervenções a concretizar. Conduzindo à reflexão da pertinência, impacto e ganhos em saúde.

Na área da Formação, por parte da Coordenação de Enfermagem, é legitimamente perceptível a fomentação de formação contínua, formação interna e externa, como: participação em cursos, congressos e áreas de investigação. É igualmente fomentada a formação avançada. Apesar de valorizado o mestrado em Cuidados Paliativos, no ano corrente, revejo com satisfação a

procura de um aprimoramento do saber - inicia-se uma busca superior pela especialização em enfermagem.

Por considerar a formação, uma área de extrema e relevante importância, aliada à questão de que os cuidados de saúde primários, essencialmente dedicados à promoção da saúde e à prevenção da doença, apresentam dificuldades na preparação para assistir e acompanhar de forma global, respondendo às exigências múltiplas destes clientes e famílias, surge a realização de uma formação de dois dias, na Unidade de Saúde Familiar (USF) das Conchas onde desempenha atualmente funções. É de referir a motivação e interesse por parte da equipa desta Unidade pela temática em questão. Esta formação encontra-se agendada para o mês de fevereiro e março, de forma a garantir a disponibilidade requerida para a apresentação da temática. Será apresentada por enfermeiros, médicos e psicólogas à equipa interdisciplinar da USF das Conchas.

O seu objetivo, como fim último é proporcionar suporte aos profissionais de saúde para que desenvolvam ações paliativas, com assertividade, com adequado encaminhamento – aguardamos neste momento dados da Unidade de Cuidados Continuados e da Diretora de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) I Lisboa Norte para que possamos avançar para um projeto protocolado de articulação com a Unidade de Cuidados Paliativos de referência -, permitindo fornecer o apoio que estes clientes e respetivas famílias necessitam para continuarem a viver com dignidade e qualidade, minimizando as recorrências aos Serviços de Urgência Hospitalar.

Objetivo 3

Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o cliente/família/pessoa significativa, em Cuidados Paliativos

A **comunicação**, como precioso instrumento terapêutico, promotora da autonomia, do autocuidado, do sentido de pertença, de aceitação, de consideração, de respeito, de partilha, de afetividade, de dignidade; é imprescindível para que possamos compreender a visão unificadora da Pessoa e consigamos desenvolver uma **relação empática**, que se for eficaz, produzirá mudanças (WATSON, 2002) – Sr C. após vários dias de internamento, em que já tínhamos partilhado vários momentos, onde permanece sempre de chapéu, mesmo durante o sono, tem uma conversa comigo em que se encontra sem o chapéu. Entre outros assuntos, inicia o discurso “... tinha imenso cabelo... ao fazer QT perdi parte do meu cabelo (pausa) agora estou assim (silêncio)” quebrei o silêncio após alguns segundos (quando Sr C. começou a mexer no boné) e disse-lhe “ Sr C. como sabe é uma pessoa maravilhosa e com muita força, muita coragem e como tal é muito mais do que esse cabelo perdido mas, como sei que isso é importante para si, deixe que lhe diga que fica com uma aparência ótima assim, sem ou com chapéu, pois, como lhe disse, isso não altera em nada a Pessoa que é.” Toquei-o na sua mão

e ele pôs a sua outra mão em cima da minha. Continuamos a conversa (em relação às suas expectativas, confrontação com sua situação clínica, utilizando técnicas de dedos cruzados, tiros de aviso, demonstrando disponibilidade e refletindo em conjunto sobre os objetivos que desejasse concretizar, validando a sua força e coragem), no final, agradeceu as palavras, referindo "... estou crente que o dia vai correr melhor... já me sinto melhor, com mais força, muito muito obrigada por tudo...", sentido, emocionado. É deveras gratificante, ver a **importância dos nossos cuidados de enfermagem e, o seu reconhecimento, a sua visibilidade** pelos nossos parceiros no cuidar – os utentes e familiares.

Tal, é permitido e apoiado pelo desenvolvimento de **trabalho em equipa**, que responde a uma só voz, ou seja, existe uma conceção comum entre os elementos da equipa desta Unidade que trabalham a abordagem dos problemas/necessidades em conjunto, considerando-os de todos. Estes fundamentos capacitam o grupo e o indivíduo perante uma clara atribuição de responsabilidades e papéis, reforçando as suas skills de comunicação, o seu empowerment, a sua metodologia de trabalho adaptada às necessidades de cada situação particular. A equipa de enfermagem dispõe de uma aptência e maturidade pessoal e profissional, que se denota no afirmar das suas competências comunicacionais e relacionais. Assim, tive o privilégio de desenvolver, aperfeiçoar e validar, neste contexto peculiar, as minhas competências específicas no estabelecimento de uma comunicação interpessoal e relação terapêutica perante o cliente/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. O enfermeiro, dispõe de uma posição privilegiada, através da sua flexibilidade, como prestador de cuidados, gestor de caso, agente de ligação, amigo, animador, entre outros, sendo tido como um padrão de referência. Devo referir que me senti desde logo muito bem acolhida, sendo o meu profissionalismo reconhecido pelos meus pares. Considero que o meu processo interventivo, por minha iniciativa, se adequou às situações e que poderei considerar-me como um elemento, uma voz ativa da equipa, intervindo e gerindo, junto dos clientes/família e equipa, em Pontos de Situação, Conferências Familiares, tomadas de decisão. A excelência do Cuidar advém do desenvolvimento e aperfeiçoamento de aptidões de comunicação, cumulativas à experiência, num processo dinâmico e evolutivo. É nosso dever, perante um nível de desempenho de perito, sensibilizar os profissionais de saúde para tal, pois atualmente este é um processo que apesar de já muito lido, conhecido e estudado não é equivalente na sua prática, os Fatores de Cuidado de Watson e o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Benner, são uma janela para a sua leitura e perceção.

Esta metodologia de trabalho proporciona uma abordagem singular, integral e multidisciplinar dos problemas identificados, pretendendo, garantir um apoio global aos Clientes e respetiva Família, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida. Como corroborado por CHALIFOUR (2008) e WATSON (2002), são reconhecidas as necessidades bio-físicas, psicossociais e intrapessoais, sendo o cliente e respetiva família/pessoa significativa, contemplado como um todo, holístico, elemento de um sistema de retroação contínua. São realizadas reuniões formais

diárias entre equipa médica / Enfermagem e Semanais de Equipa Transdisciplinar – enfermeiros, médicos, psicóloga, assistentes de ação médica, fisioterapeuta, terapêuta ocupacional, dietista, farmacêutica, Frei, entre outros - com a partilha e enriquecimento das várias disciplinas, onde são abordados, refletidos e discutidos focos de intervenção e, elaborados planos de intervenção, de acordo com o cliente e respetiva família/pessoa significativa, à luz dos vários contributos e com o verdadeiro envolvimento destes, nas quais participei e intervi. São também realizadas reuniões informais, entre a equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa, sempre que seja necessário.

Denoto que, o cuidar, nesta equipa, é estar atento aos pormenores... existe uma ligação além do ênfase no ego físico.

A **vertente relacional** é chave mestre, nos cuidados prestados. A sua premissa: todo o comportamento, em interação, tem uma dimensão significativa, é comunicação. (WATSON, 2002; BARBOSA e NETO, 2010). Foi através desta, suportada pelas técnicas/estratégias atrás desenvolvidas, em que o conhecimento se revela na praxis, que consegui intervir e ampliar o processo de reciprocidade relacional entre mim e a Pessoa de quem cuido. A minha intervenção não pressupõe apenas uma intervenção imediata mas sim uma intervenção global, facilitadora da participação e responsabilização do cliente/família. Reflito em diversas situações, em que senti o estreitamento de uma relação de confiança, de segurança, de ajuda: após perguntar como se sentia naquele dia, sento-me na borda da cama, o Sr.º J. Diz-me “ Sinto-me mais cansado e preocupado... ao que questiono “o que o preocupa? E o Sr.º J., que até aquele dia se mantinha muito reservado, inicia um diálogo em que expõe as suas dúvidas, medos/receios e expectativas... refere “gosto muito de si” e coloca a sua mão na minha [o que aumenta a minha compaixão e a minha autoconfiança]. A partir da sua perceção e após esclarecidas as suas expectativas, confrontamo-lo com a evolução e possível progressão da sua doença, utilizadas também outras estratégias como “tiros de aviso” e “dedos cruzados”. O Sr.º J. já tinha expressado, por diversas vezes, o seu desejo de morrer, referindo que teria meios para o fazer, contudo naquele momento, faz-nos um pedido, “ (...) não me deixem morrer...”, foi-lhe dito que não seria correto da nossa parte garantir-lhe isso, mas sim que, tudo faríamos para prevenir o seu sofrimento e estaríamos sempre a seu lado, enquanto o desejasse. Foram clarificados alguns sintomas que mais o preocupavam, validados os seus sentimentos e a sua coragem e demonstrada disponibilidade. No final, agradeceu e salientou em especial a sinceridade, reforçando a sua confiança.

Como profissionais de saúde, devemos saber escutar, de forma ativa e, desenvolver uma relação empática, na sua dinâmica interfenomenológica de compreensão e transformação. É através destas que conseguimos interpretar, intervir e colaborar na resolução de dificuldades relacionadas com a comunicação. Mantenho como linha de base que a perceção, a compreensão e a expressão são singulares, multidimensionais e direcionais. Assim, os pormenores fazem toda a diferença: o Sr F., que se encontrava num quadro de exarcebação de dispneia, agarra as mãos da sua esposa com as suas entrelaçando-as e puxando-a para

ele, ao que a esposa diz “espera... deixa tratarem de ti,... eu estou aqui...”, mas este continuava agarrado a ela, dizendo “ não (...) fica aqui, por favor (...) não importa ...” – não só foi importante permitirmos espaço concomitantemente com o tratamento sintomático, como também foi deveras importante falar com a esposa sobre o sucedido, o que o Srº F. lhe queria transmitir, o seu maior desconforto era não a ter ao seu lado (faziam anos de casados em breve e senti a sua angústia em perdê-la). Outra situação surge com a esposa do Srº J., referindo que tinha muita pena de não poder comunicar com o esposo por este se encontrar mais cansado, sonolento e com dificuldade na articulação de frases, diz sentir-se triste e não desejar visitas, para além da sua irmã. Foram exploradas e aplicadas várias técnicas de comunicação não verbal, realçando a sua importância e com um ótimo feed-back por parte do Srº J., o qual foi de imediato percecionado pela sua esposa, a qual senti mais tranquila, confiante e envolvida nos cuidados. Um último relato, faz a leitura da dimensão espiritual, a qual compreende os princípios religiosos, morais e éticos centrais à existência da Pessoa. WATSON (2002) CHALIFOUR (2008). Estes, são percecionados através do construir de uma relação, de uma ligação, que ultrapassando o físico se prolonga perante um ênfase de partilha mais profundo: quando uma das famílias se despedia do seu pai, do seu esposo, após breve cerimónia religiosa e conferência familiar com equipa [reforço e validação da coragem, respeito pelas suas decisões e suporte, instilando fé e segurança, tranquilização, disponibilidade e a importância e investimento contínuo no conforto, bem-estar e dignidade do Sr. M.], percecionava-se alguma tristeza mas plena paz interior, serenidade e tranquilidade nos seus facies. Sentia-se profundamente a partilha de uma espiritualidade integrada. Foi muito importante refletir com a equipa de enfermagem, nos contributos de Jean Watson, demonstrando a adequação, aplicação e aprimoramento dos cuidados paliativos de enfermagem, desenvolvidos no dia a dia.

O comprometimento perante o capacitar o Outro das suas capacidades intrínsecas, da sua capacidade de mobilização de recursos, é algo deveras complexo, que implica o autoconhecimento e a utilização dos recursos pessoais do enfermeiro. (WATSON, 2002) (CHALIFOUR, 2008). Pela nossa própria condição humana, que se interseta com diversas variáveis, nem sempre temos disponibilidade física e essencialmente emocional de dar resposta a níveis tão elevados, muitas vezes requeridos, na prestação de cuidados nesta área tão gratificante mas concomitantemente tão desgastante e exigente. Pelo que é necessária e imprescindível a existência de estratégias, utilizadas pela equipa, para prevenção de **burnout**. Em conversas informais, apercebi-me de que existe essa preocupação em todos os elementos da equipa, embora, mais valorizada por uns do que por outros (o que associo ao tempo que passam no serviço – existem vários elementos a realizar apenas 20horas/semanais). Atualmente, realizam-se reuniões com alguma flexibilidade de acordo com a disponibilidade do serviço, coordenadas pela psicóloga do mesmo (a referir a não existência de uma psicóloga exterior) e massagens terapêuticas de relaxamento de 15/15 dias. A Enfermeira Coordenadora da UCP, refere a diminuição de agilização e motivação do grupo responsável pela prevenção de burnout, como resultado da diminuta participação dos restantes elementos da equipa.

Tendo sido mencionado que outras tentativas de agilizar momentos de expressão, descontração/relaxamento e convívio, estariam condicionados, considerei oferecer uma caixa em acrílico, com dois propósitos: guardar pastas dos clientes e ser um espaço onde deixariam mensagens sobre um filme, um livro, ou mesmo uma frase, que considerassem importante, naquele dia partilhar – enfim proporcionar momentos de partilha e de suporte relacional. Esta *caixa em acrílico* foi ofertada à equipa de enfermagem, juntamente com uma caneta promovendo e incentivando a partilha de frases e momentos pela equipa, apresentando-se como uma forma de reorganização e comunicação. A receção foi muito positiva, tendo sido considerada uma ideia inovadora, criativa e essencialmente elogiada pela sua funcionalidade, por ser prática, útil e um “mural” de comunicação e partilha para a equipa. À posteriori, já fui à Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz e foi com imenso prazer e satisfação que confirmei o que me foi transmitido.

Por mim, foi deixada a seguinte mensagem:

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” [Fernando Pessoa]

Desejo ter contribuído para a construção de uma realidade, na qual tive o privilégio de participar.

O meu obrigada,

Paula Nóbrega

Objetivo 4

Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o cliente/família/pessoa significativa, em Cuidados Paliativos, na transmissão de más notícias

O processo de comunicar más notícias é um desafio para o profissional de saúde. A sua excelência não advém exclusivamente de um acumular de experiência clínica mas sim de um treino adequado – desenvolvimento e aperfeiçoamento - de aptidões de comunicação, cumulativo à experiência, num processo dinâmico e evolutivo.

Apesar das dificuldades inerentes à minha pessoa, como ser humano, de gerir o tema da morte (receio e gestão das reações do cliente/família, de expressar sentimentos e emoções associadas à morte, de dizer o “não sei”, o desconforto e angústia perante o outro, como “dor solidária”), estas, facilmente têm sido dissipadas, sinceramente, pouco sentidas, pois rapidamente é-se preenchida pela capacidade que temos de proporcionar tanto a quem acha que tem tão pouco [a gestão de expectativas é igualmente um processo muito importante e

interessante de ser trabalhado, pois este influi diretamente com a percepção de qualidade de vida]. A aquisição de competências discorre sobre o processo de tomada de decisão em cada intervenção de enfermagem. Estou consciente que a honestidade com a transmissão gradual da verdade adaptada à singularidade de cada um é uma oportunidade única que devemos proporcionar, como prestadores de cuidados de excelência.

O espaço selecionado – acolhedor, com privacidade e conforto, a disponibilidade dos enfermeiros e, o trabalho em equipa, proporcionam uma intervenção adequada a cada momento e a cada pessoa(s), promovendo a adaptação a uma nova realidade, tal como corroborado por WATSON (2002). O ambiente proporcionado não depende exclusivamente das condições físicas de estruturas e equipamento mas sim, maioritariamente, da relação desenvolvida. A possibilidade de desenvolver este tipo de cuidados é deveras gratificante. Dia a dia, denoto o estabelecer e fortalecimento de uma relação de empatia, confiança, sendo considerada, pelos clientes e respetivas famílias, como um elemento de apoio e suporte. O reconhecimento e validação de competências, pelos restantes profissionais de saúde, foi uma realidade, com a frequente procura para reflexão, partilha e confrontação de experiências e saberes.

Perante a comunicação de más notícias, é importante deixar claro, todas as intervenções, ainda, passíveis de serem realizadas; ajustando as informações cedidas às necessidades do cliente /família. É um processo que vai fortalecer a relação e colaboração de forma franca e empática, entre o cliente/família e o profissional de saúde, permitindo aos primeiros lidarem com a questão/problema identificado e planearem o futuro. Estes, sim, são definitivamente ganhos para a saúde. Como tal, é imprescindível definir e analisar estratégias de atuação/Instrumentos de apoio, que suportem o nosso cuidar efetivo. Como corroborado por WATSON (2002, p.169), “ (...) fornecendo auxílio situacional, ensinando métodos de resolução de problemas e reconhecendo capacidades para lidar com a vida e de adaptação à perda.”. O *Protocolo de Buckman*, apresentado em seis passos, é um guião orientador [nesta UCP] para a comunicação de más notícias. (BARBOSA e NETO, 2010). As várias estratégias utilizadas, atualmente na UCP, parecem-me muito adequadas e assertivas. A partilha de experiências, conhecimentos e estratégias perante a transmissão de más notícias ao cliente e familiar/pessoa significativa, com a equipa de enfermagem, clínicos e psicóloga, mobilizando conhecimentos da disciplina de Enfermagem em Fim de Vida com adequado suporte científico-técnico e relacional, proporcionou a minha participação ativa em muitos momentos enriquecedores e de aprendizagem, numa compreensão e reflexão na prática e sobre a prática, assente em bases científicas. Este processo capacitou-me para uma análise dialogante entre o observado e o vivido que conduziu à construção dinâmica do conhecimento na ação.

A Sr^a B. foi transferida para a UCP no início do turno da tarde, perto da hora do jantar a sua filha veio visitá-la. Na presença da Sr^a B. a filha menciona que sente que “ (...) a mãe não se esforça, não faz mais, não se mobiliza porque não quer. (...) vem para aqui para ganhar ânimo, é só isso que ela precisa. (...)”. Foi explicada, sumariamente, a situação clínica da Sr^a B.,

reforçando as suas condicionantes e limitações. Foi reforçada e validada a força e esforço da Srª B., sendo agendada uma conferência familiar com os filhos para o dia seguinte. Senti que tinham sido tocados pontos importantes e que seria relevante aprofundá-los. Foi perceptível essa necessidade por parte dos familiares da Srª B.. Durante a conferência familiar foi novamente abordado o descrito anteriormente, explicitando a progressiva debilidade e a importância de viver o “dia a dia”, de promover o conforto, o bem estar e a tranquilidade da Srª B.. Durante este período percebemos que haviam sido criadas expectativas irrealistas no internamento prévio (Srª B. havia sido transferida de outro serviço), fomentando a transferência como uma etapa de reabilitação prévia a uma alta clínica, tendo por linha de base a estabilização clínica da Srª B.(sic). Foi possível realizar alguma confrontação, em relação à atual situação clínica da cliente, pela informação que obtivemos do processo (o que mais uma vez realça a importância da antecipação e boa preparação), pela informação transmitida pela pneumologista da Srª B. (situação clínica complexa com debilidade progressiva – obtida da clínica, do processo e da própria filha) e pela confrontação dos filhos com a observação da Srª B., dia a dia. Foi reconhecida a influência do ambiente interno e externo, da cliente e dos seus filhos, em relação à situação clínica. Foi uma situação deveras complexa, tendo sido utilizadas várias estratégias (tais como “tiro de aviso” e “dedos cruzados”), permanecendo ainda alguma incredulidade inicial, pois apesar dos agradecimentos pelos esclarecimentos e sinceridade, senti alguma negação, revolta e angústia, legítima em prol das expectativas que lhes haviam sido criadas no internamento anterior. O reconhecimento dos seus sentimentos, a sua partilha e aceitação foram uma mais valia no percurso de auto-aceitação dos filhos. Senti que a congruência, a autenticidade e o seu envolvimento na tomada de decisão, tinham sido aspetos fulcrais no estabelecer daquela relação terapêutica, de confiança, que naquele momento fundava os seus alicerces. Neste sentido, apenas reforço que a honestidade com transmissão gradual da verdade adaptada à singularidade de cada um é uma oportunidade única que como profissionais de saúde é nosso dever proporcionar. Apesar de, infelizmente, constatamos que esta ainda não é uma realidade vigente, o facto desta análise ter conduzido à reflexão e levantamento de alguns “desconfortos” e suscetibilidades, já é sinal de impacto, evolução e conforto para mim. Tal como corroborado por WATSON (2004; p.170), “Os avanços tecnológicos e os constrangimentos institucionais sublimaram o estabelecimento do cuidar de enfermagem.” A preocupação em adequar o timing e informação transmitida, foi deveras importante. Nesta fase, era necessário dar espaço e tempo para a assimilação de toda a informação, tão díspar das suas expectativas, foi importante perceber a disponibilidade e a capacidade de lidar com as notícias transmitidas. Foi sublinhada a importância dos cuidados à Srª B., pela equipa e pelos filhos, numa ótica holística, altruísta. Transparecendo os ganhos para a cliente e filhos. A disponibilidade e empatia demonstradas, como elementos de suporte, permitiram reduzir o impacto, a revolta, a angústia e o isolamento sentido pelos filhos. Foram antecipadas dúvidas e reforçados esclarecimentos sobre necessidades e prioridades e como hierarquizá-las, estabelecendo consensos na abordagem e resolução de problemas. A concretização de um plano futuro, em conjunto, envolvendo-os na tomada de decisão,

responsabilizando-os mas concomitantemente fornecendo auxílio e reconhecendo capacidades, diminuiu a ansiedade, aumentou a sua segurança e a sua confiança. Ao longo da conferência familiar, da comunicação de más notícias, inicialmente liderada pela enfermeira Lucinda, tive sempre presente o intuito de manter uma esperança realista, gerir expectativas, validando a intervenção e coragem dos filhos da Sr^a B., permitindo a expressão das suas emoções e sentimentos. Ao terminar, sumariei as decisões, planos estabelecidos e reforcei a nossa disponibilidade. Sinto que consegui intervir nesse sentido, não só na validação da compreensão da mensagem, bem como através da sua comunicação não verbal (que se foi mutando ao longo da conferência). Foi muito importante compreender e analisar, em equipa, a filosofia subjacente a este processo, fazendo a leitura dos pressupostos e fatores de cuidado de Jean Watson. Assim, sei que decerto saberei, adequando às especificidades de cada situação, adaptar a minha prática enriquecida com os contributos destas intervenções.

4. CONCLUSÃO

O relatório realizado é a descrição de momentos de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais de enfermagem no âmbito da especialidade médico-cirúrgica. Deste modo, ao acompanhar o meu trajeto, através destas páginas, na Unidade de Cuidados Intensivos e Paliativos do Hospital da Luz, foi permitido, perceber o percurso formativo, as estratégias elaboradas de acordo com os objetivos delineados, a análise crítico-reflexiva efetuada sobre as intervenções desenvolvidas, contextualizadas nos distintos domínios profissionais e o seu impacto, refletindo o amadurecimento dos conhecimentos adquiridos durante o Mestrado. Análise que se espelha nas competências adquiridas e desenvolvidas enquanto Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados de saúde ao cliente/família/pessoa significativa, na área de gestão, na área de formação em serviço e na área de investigação, inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Atualmente, nestas Unidades, não existe, um referencial teórico, como fundamento do nosso agir, que contextualize a avaliação de necessidades e que conduza a intervenções fundamentadas, assertivas e qualificadas com a certificação de aquisição de competências. Induzi à consciencialização de que a fundamentação contextualizada da praxis, através de um referencial teórico, enriquece a nossa prestação de cuidados, enquanto enfermeiros especialistas e formadores. A minha prestação de cuidados refletiu, em situações concretas, a sua pertinência como alicerce teórico-científico que sustenta a nossa praxis, a qual se espelha na Teoria, através dos registos, da nossa prática avançada. Conduzi à análise e reflexão para a importância e ganhos que a investigação assume na prestação de cuidados. Penso ter

contribuído significativamente como semente de mudança de comportamentos e atitudes, através dos momentos de reflexão, de sensibilização formais e informais.

No decurso deste caminho, no delinear e persecução dos meus objetivos, tive o apoio e orientação deveras importante e assertiva dos orientadores dos respetivos campos de estágio. Devo acrescentar o apoio, disponibilidade e orientação por parte da coordenação dos respetivos serviços, bem como de todos os colegas que tornaram possível a persecução de um desenho, de um projeto, de uma concretização. Todo o meu empenho e motivação foi revalidado, perentoriamente, através do interesse, envolvimento e disponibilidade dos elementos dos distintos contextos numa intervenção sistematizada do cuidar: aprimoramento de relação de ajuda, reflexão da sua essência e sensibilização perante os instrumentos de suporte/orientação efetuados. A promoção de uma parceria entre a equipa e cliente/cuidador é transversal ao contexto interventivo do cuidar, pelo que me foi permitido tomar iniciativas, utilizando uma metodologia apelativa com soluções criativas em prol da UCI e da UCP, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, enquanto detentora de um grau de saber especializado. Como enfermeiros especialistas, no processo relacional de cuidar é expectável “ (...) o uso de si mesmo, as necessidades identificadas do doente, (...) o sentido espiritual de ser humano [como alicerces da relação de auxílio/confiança estabelecida permitindo] ajudar as enfermeiras e os seus doentes a encontrar significado e harmonia num período de crescente complexidade.” (WATSON, 2002, p.175). Como mencionado, foi sentido reconhecimento por parte da coordenação e equipas de enfermagem das respetivas unidades, essencialmente ao nível das estratégias de intervenção e instrumentos de suporte elaborados, a realçar: realização de Guia Complementar de Comunicação Verbal, de Norma “ Acolhimento do Cliente e Família/Pessoa Significativa na UCI”; realização e participação de póster “Cuidar em UCI” nas I Jornadas Internacionais de Évora, realização de ação de sensibilização sobre “Transmissão de Más Notícias” e de tapete de rato com “Protocolo de Buckman” na UCI; oferta de uma caixa em acrílico, na UCP, com dois propósitos: guardar pastas dos clientes e ser um espaço onde os elementos da equipa de saúde deixariam mensagens que considerassem importante partilhar, com o propósito máximo de suporte relacional; realização e análise de cartaz “Princípios Éticos: O Essencial do “Saber Agir”; Sensibilização dos profissionais de saúde perante a Análise e interpretação dos resultados da aplicabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: ação de sensibilização em Journal Club na UCP, Questionário de Escala de Sobrecarga de Zarit com reformulação da Caracterização do cuidador principal, Sugestões de intervenção a concretizar quando detetada sobrecarga no registo em aplicação do Soarian. Atuando a nível de desempenho de perito nos distintos campos de intervenção, reforçando uma prática baseada na evidência, realçando os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados.

Estes campos de estágio foram deveras desafiantes, enriquecedores e gratificantes, pelo que desejo que concomitantemente, o meu contributo, seja uma mais valia no contínuo aprimorar do Saber, que suporta os cuidados de qualidade destas Unidades.

Considero que a especialidade me forneceu substratos importantes e essenciais para a identificação precoce de focos de vulnerabilidade e adequada estratégia de intervenção, em tempo útil, perante o cliente/família/pessoa significativa e a própria equipa de enfermagem. Como reforçado por BENNER (2001, p.24) “ (...) os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas.” O olhar profissional, as intervenções implementadas e as tomadas de decisão, como profissional, como aluna e futura especialista, assentam os seus alicerces na responsabilidade profissional, de acordo com o Código Deontológico e as diretrizes emanadas pela ordem dos enfermeiros e, ainda, com o que se encontra delineado pelo Instituto das Ciências da Saúde.

As limitações que se verificaram ao longo deste trajeto, derivam, essencialmente, de resistências internas que se constata na complexidade em assumir o compromisso de mudança das práticas, sendo que, atualmente, esta já não é uma probabilidade mas uma certeza.

Ao chegar ao terminus de mais uma etapa, penso ter atingido os meus objetivos na sua plenitude e, confio que os outros também o reconhecem, pois só assim poderá ser afirmada a minha aquisição e certificação de competências. O respeito, reconhecimento e validação do nosso desempenho, das nossas capacidades e competências, pelos nossos pares, restantes profissionais e, essencialmente pelo cliente/família, é uma conquista constante, suportada pelo desenvolvimento de competências e aprendizagens. Não considero que tenha sido um percurso fácil, mas sinto que cada fragilidade, cada exigência, me ajudou a consolidar a pessoa e profissional que sou hoje, traduzindo-se no reflexo de qualidade da prestação de cuidados em enfermagem. Assim, continuo a minha caminhada, mantendo o meu passo firme e confiante nos novos desafios que se avizinham...

Num horizonte próximo, como referido previamente, é meu intuito desenvolver na Unidade de Saúde Familiar das Conchas um projeto protocolado de articulação com a Unidade de Cuidados Paliativos de referência (H.S.M.) -, permitindo fornecer o apoio que estes clientes e respetivas famílias necessitam para continuarem a viver com dignidade e qualidade, minimizando as recorrências aos Serviços de Urgência Hospitalar.

A concluir, apenas queria acrescentar que refletir sobre o trabalho desenvolvido, com um olhar crítico e construtivo, sustentado no conhecimento específico pós-graduado na área da especialidade, fundamenta e complementa o meu presente e otimiza o meu futuro. Tal como ALARCÃO (1996, p.11) salienta, é através de “ (...) uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais [que o profissional se capacitará para] enfrentar as situações sempre novas e diferentes com que vai deparar na vida real e de tomar as decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam.”

Devo acrescentar, que os objetivos delineados à priori, em projeto, foram concretizando-se ao longo do estágio, caracterizando-se como momentos privilegiados de integração de competências, adaptando-se aos contextos cuidadosos, tendo sido atingidos, com sucesso, no terminus dos respectivos estágios.

Assim, cada vez mais se torna visível que, “Projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”. (BARBIER, 1993).

Entendo, por último, que como enfermeiros especialistas, é nosso dever supervisionar os cuidados prestados pelo enfermeiro e promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional, incitando e transparecendo na nossa praxis o reflexo de uma aprendizagem constante, moldada por referenciais teóricos e estudos científicos; fomentando o seu pensamento crítico-reflexivo; a investigação, na prática baseada na evidência, em áreas suscetíveis dos cuidados de enfermagem, dando-lhes visibilidade através dos seus registos, das suas comunicações e das suas publicações. Certamente será algo desafiante e que se edificará com o tempo, mas sei que será deste modo que contribuo, que contribuiremos, efetivamente, para a melhoria das práticas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Isabel – **Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão**. Porto: Porto Editora. 1996. 189p. ISBN 972-0-34721-X.
- ALMEIDA, M.C.; RIBEIRO, J.L. – Qualidade de Vida dos doentes nos Cuidados Intensivos. **Nursing**. Julho: 2009. pp 16-23.
- BACHNER, Y.G., O’ROURKE, N. – Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**. Vol.6. Novembro. 2007. pp. 678-685.
- BACKES, Dirce Stein; WILSON, D. Lunardi Filho; LUNARDI, Valeria Lerch. O Processo de Humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista de Enfermagem USP**. Vol.40. 2006. pp.221-227. [em linha] [consultado a 30 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>
- BARBIER, Jean-Marie. **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora. 1993. 237p. ISBN:972-0-34106-8.

- BARBOSA, A.; NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BOTELHO, José Rodrigues – O Trabalho de Projecto na Prática do Enfermeiro. **Enfermagem em Foco** – SEP. Ano VI. Vol 23. Maio/Julho 1996. pp.43-46.
- CASTILLO, Olga Isabel Alfaro-Ramirez; VIGIL, Tania Morales; PINEDA, Fernando Vásquez [et al] – Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primários de pacientes con dolor crónico y terminales. **Revista Médica del IMSS**. Sep/Oct. Vol.46. 2008. pp.485-494. ISSN: 04435117.
- CHALIFOUR, J. – **A Intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusociência. 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- CURRY, S. - Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Vol 94.1995.pp.26-30.
- Direcção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04. [em linha] [consultado a 4 de Novembro de 2011]. Disponível em : [Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](#)
- ESTEVENS, S. – A comunicação enfermeiro/doente na Unidade de Cuidados Intensivos. **Enformação**. 2008. pp.20-23.
- FERREIRA, Fátima – Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. **Cadernos de Saúde**. Vol.2. nº1. 2010. pp.67-88.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Adalgiza; LARANJEIRA, Adelaide et al – Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**. Vol.3. nº2. 2010. pp.13-19.
- FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Santos – Do Outro Lado da Porta: Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. Lisboa. **Sinais Vitais – Ciência & Técnica**. Julho. 2009. pp 33-38.
- FOONG, A. - Desafiando a torre de babel. Lisboa. **Nursing**. Vol 66. 1993.pp 12-14.

- GIL, M^a Jesus Lòpez; RÁMON, Orueta Sánchez; GÓMEZ-CARO, Samuel et al – El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica de Medicina Familiar**. Vol.7. 2009. pp.332-9.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clinica**. Vol.4. Fevereiro. 2003. pp.132-3.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clinica**. Vol.17. 2005. pp.651-3.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Missão e Valores** [em linha]. Lisboa. 2011. [consultado a 30 de Abril de 2011]. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=3>
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Serviços Clínicos** [em linha]. Lisboa. 2011. [consultado a 30 de Abril de 2011]. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showContactsId=3>
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Qualidade e Segurança** [em linha]. Lisboa. 2011. [consultado a 30 de Abril de 2011]. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/index.aspx?showArtigold=8168>
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade De Cuidados Intensivos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.
- LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: LUSODIDACTA. 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2.
- LEITE, L. **O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional**. Trabalho apresentado no 3^o Painel intitulado “ *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências*” no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. 2006. pp. 1-8. [em linha] [consultado a 30 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- MARQUES, R.C.; SILVA, M.J.P.; MAIA, F.O.M.- Comunicação entre Profissional de saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**. Vol 17. Nº 1. Janeiro/Março 2009. pp. 91-95.

- MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, E.R.P.; GEREMIAS, C.K. et al – O Acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev.Eletr.Enf. Vol 10. Nº4. 2008. pp. 1091-1101. [em linha]. [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm
- NEIL, Ruth M. – Jean Watson Filosofia e Ciência do Cuidar. In TOMEY, Ann Marriner; ALIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p.163-183. ISBN 972-8383-74-6.
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana - **Para uma ética da enfermagem : desafios**. Coimbra : Gráfica de Coimbra. 2004. ISBN 972-603-326-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual**. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [em linha]. [consultado a 10 de Maio de 2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Referência**. II Série-n.º12. Março. 2010. pp.9-16.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**. Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2010.14p.
- Vázquez Calatayud M; Eserverri Azcoiti MC - **El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson**. Enferm Intensiva. Out.-Dez.; Vol. 21 (4). 2010. pp. 161-4. ISSN: 11302399 [em linha]. [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en/node/2050466>
- WATSON, Jean – **Enfermagem Pós –Moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-37-1.
- YU J.; KIRK M. - **Measurement of empathy in nursing research: systematic review**. Journal of Advanced Nursing. 2008. Dezembro. Vol. 64 (5), pp. 440–454. ISSN: 03092402 [em linha] [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=6012eecf-6fed-4afc-9172-d264a8e992c2%40sessionmgr12&vid=6&hid=14&bquery=Measurement+of+empathy+%22in%22+nursing+research%3a+systematic+review>.

- YU J.; KIRK M. - **Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review.** Journal of Advanced Nursing. 2009. Setembro. Vol. 65 (9), pp.1790–1806. ISSN:03092402 [em linha] [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=6012eecf-6fed-4afc-9172-d264a8e992c2%40sessionmgr12&vid=5&hid=14&bquery=Evaluation+of+empathy+measurement+tools+%22in%22+nursing%3a+systematic+review>.

LEGISLAÇÃO

- **Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro** (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

REGULAMENTO Nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

REGULAMENTO Nº124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

6. APÊNDICES

APÊNDICE I - Norma de “Manutenção e Manipulação do Catéter de Hemodiálise do Cliente Internado na UCI”

MANUAL DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO Nº

POLÍTICA Nº

AREA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

ANO 2011

1. NOME:

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DO CATÉTER DE HEMODIÁLISE DO CLIENTE INTERNADO NA UCI

2. ÂMBITO:

- EXCELÊNCIA NO CUIDAR E NAS COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS E TÉCNICAS;
- UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO:

ENFERMEIROS DA UCI

4. PONTOS IMPORTANTES:

- Uniformização e organização de procedimentos na manipulação do CHD;
- Manutenção de Assépsia na manipulação do CHD;

- Manutenção da permeabilidade do CHD;
- Prevenção e despiste precoce de complicações.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

5.1. Sequência dos procedimentos

- Seleção dos EPI's

- Máscara, proteção ocular e luvas esterilizadas (Barrete e bata, sempre que se justifique), tendo em consideração a manipulação de fluidos;

- Utilização de campo e luvas esterilizadas para remoção do penso do CHD;
- Desinfecção com clorexidina a 2% no local de inserção e ao longo de todo o CHD – cobrir um área de 10 cm de diâmetro, limpar com movimento circular, partindo da base do catéter. Garantir secagem correta;
- Realização do penso de base do CHD (local de inserção)
- Colocação do cateter num campo com buraco e remover as tampas das pontas do cateter;
- Nunca deixar as pontas dos ramos do catéter destapadas em contacto com o ar.
- Aspirar 5cc de cada ramo, de forma a retirar volume de preenchimento do ramo (para assegurar a remoção total, do anticoagulante previamente colocado, como de eventuais coágulos formados desde a última sessão de hemodiálise) e verificação da permeabilidade;
- Adaptar seringa, previamente preenchida com SF a 0.9% e, injetar para lavar cada ramo do catéter (alternar o procedimento de injetar com o de aspirar. Ao injetar, testa-se a permeabilidade do ramo para o fluxo; ao aspirar, testa-se a permeabilidade do ramo para o refluxo).
- Conexão do circuito de linhas de sangue aos ramos do cateter, ficando CHD protegido com campo esterilizado durante realização de sessão dialítica;

- Ao terminar sessão dialítica, utilização de luvas esterilizadas para desconectar cliente, realizar lavagem e heparinização de ramos de CHD e realizar penso, com proteção completa de CHD

Substituição de penso: em SOS

Pensos transparentes substituídos cada 7 dias

Pensos de gaze e adesivo, substituídos cada 2 dias.

- Ao realizar procedimentos de conexão e desconexão de CHD, enfermeiro e cliente deverão usar máscara cirúrgica.
- Fazer desinfecção dos pontos de conexão do catéter sempre que haja manipulação.

1º Tabuleiro esterilizado q contém:

- campo esterilizado;
- luvas esterilizadas;
- taça riniforme;
- compressas esterilizadas;
- 4 seringas 10cc.

2º Tabuleiro esterilizado q contém:

- campo esterilizado com buraco;
- luvas esterilizadas;
- taça riniforme;
- compressas esterilizadas;
- 2 seringas 10cc e 2 seringas 5cc acopladas a agulhas EV.

5.2. Manutenção da permeabilidade/Heparinização

- Administração de heparina pura (de acordo com quantidade registada no lúmen do CHD), após lavagem do mesmo com 5 a 10 cc de SF

- Clampar ramos e colocar tampas esterilizadas
- Utilização apenas de obturadores específicos
- Manutenção em caso de não utilização – procedimento acima descrito, 72/72h.

5.3. Registos específicos e de continuidade

TA, FC, TT

Tipo de CHD, sua localização e tempo de permanência;

Observação local inserção de CHD

Usos de antisepticos/antibióticos

Identificação de sinais de possíveis complicações

Débito de sangue

Parametros especificos maquina

Parterial/Pvenosa/PTM

Taxa de Ultrafiltração

BIBLIOGRAFIA

- > ALLON, M.; WORK, J. – **Venous Catheter Access for Hemodialysis**. In DAUGIR-DAS,J.; BLAKE, P.; ING, T. – Handbook of Dialysis. 4ª ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. p.87-104. ISBN 978-0-7817-5253-4.
- > BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- > CARVALHO, T.; PONCE, P.; JORGE, G. et al – Acessos Vasculares. in FRESSENIUS MEDICAL CARE – **Manual de Hemodiálise para Enfermeiros**. Lisboa: Edições Almedina. 2011. ISBN 978 - 972- 40 – 4488 -0.
- > COSTA, José Abrão Cardeal da [et al] - Insuficiência Renal Aguda Na Terapia Intensiva. **Medonline**. Abr/Mai/Jun. Vol. 2 - Número 6 - Ano II. 2000. [em linha]

- [consultado a 30 de Março de 2011]. Disponível em: www.medonline.com.br/med_ed/med6/ira.htm
- > HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade De Cuidados Intensivos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.
 - > LINO, Margarete Marques; CALIL, Ana Maria – **O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão**. Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 42. 2008. pp.777-783. [em linha]. [consultado a 4 de Maio de 2011]. Disponível em: www.scielo.br/reeusp
 - > NASCIMENTO, Valesca Patrícia Chagas [et al] – Avaliação da Técnica de Curativo em Cliente com Acesso Venoso para Hemodiálise. **Revista Enfermagem UERJ**. Vol. 17. Abril/Junho. 2009. pp. 215-219.
 - > National Kidney Foundation – **NKF KDOQI GUIDELINES** [em linha]. (2006) [consultado a 22 de Maio de 2011]. Disponível em http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA
 - > ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual**. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002. pp. 39-42.
 - > Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde** [em linha] consultado a 8 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>
 - > Cateteres venosos centrais : prevenir a infecção e a oclusão. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. - Ano 12. nº145. (Junho 2000),p.18-24.
 - > WATSON, Jean – **Enfermagem Pós –Moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-37-1.

LEGISLAÇÃO

- > DECRETO-LEI n.º 104/98 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. “D.R. Série A” 93 (98-4-21) p. 1739-1757.
- > **REGULAMENTO Nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

- > **REGULAMENTO Nº124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

LINK'S de ARTIGOS de HEMODIÁLISE, consultados:

- > **NKF KDOQI Guidelines**
- > http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA/index.htm
- > <http://www.medscape.com/viewarticle/723600>
- > <http://www.medscape.com/viewarticle/737794>
- > <http://www.medscape.com/viewarticle/740137>
- > <http://www.medscape.com/viewarticle/739019>

Documentação cedida pela GAMBRO, ARROW e VYGON.


APÊNDICE II – Ação de Sensibilização “Manutenção e Manipulação de Catéter de Hemodiálise”

PLANO DE SESSÃO

UCI – HOSPITAL DA LUZ

TEMA: Manutenção e Manipulação de Catéter Central de Hemodiálise	
Local: UCI da Luz	Data: 27/06/2011
Duração: 20 m	Formadores: Paula Nóbrega
População: Equipa de Enfermagem	

Objetivo Geral:

 Sensibilização da equipa de enfermagem perante a manipulação e manutenção do CHD.

Objetivos Específicos:



Definição e análise de:

- Indicações relacionadas com a necessidade de colocação de CHD
- Principais Complicações
- Prevenção de complicações
- Processo de Manutenção e Manipulação de CHD, de acordo com as Guidelines

KDOQI (National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality


Improvement) & CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

Apresentação de Sugestões: Estratégias facilitadoras na manutenção e manipulação do CHD.


Materiais e equipamentos utilizados:

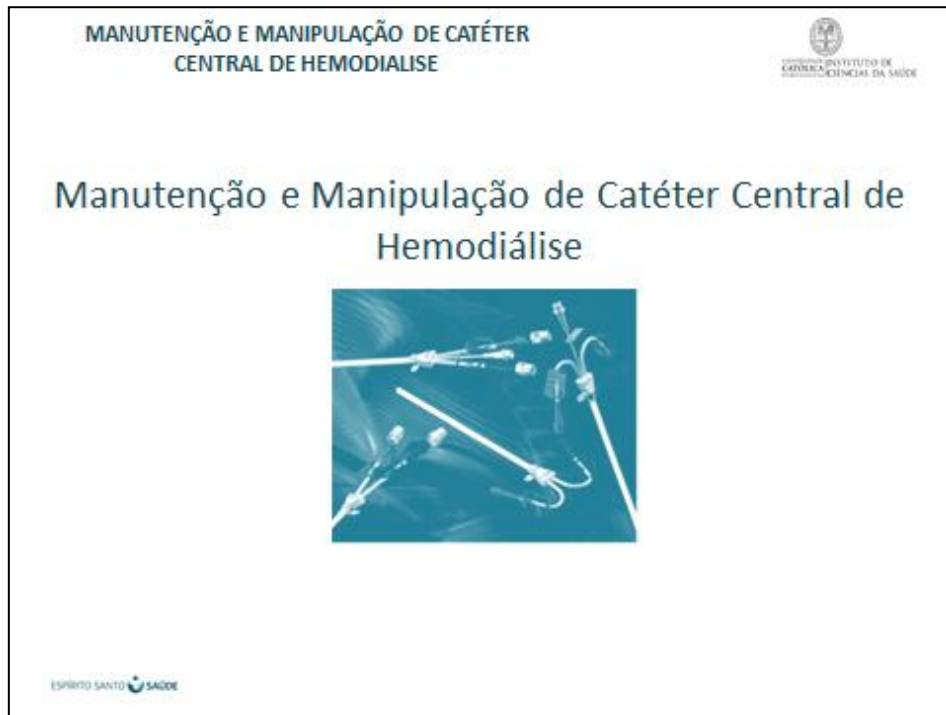
 Computador portátil.

Estratégia:


 Metodologia expositiva com participação ativa dos formandos.

Avaliação:

 .Avaliação informativa da sessão, aplicação de questionários de avaliação



MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER
CENTRAL DE HEMODIALISE



Objectivo Geral

- > Sensibilização da equipa de Enfermagem perante a manutenção e manipulação do CHD

Objectivos Específicos


- > Catéter Central de Hemodiálise – indicações
- > Principais Complicações
- > Prevenção de complicações
- > Manutenção e Manipulação de CHD, de acordo com as Guidelines KDOQI (National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Improvement) & CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
- > Sugestões: Estratégias facilitadoras na manutenção e manipulação do CHD
- > Conclusão
- > Bibliografia

ESPIRITO SANTO SAÚDE

116 Graça, Professora - Especialidade em Enfermagem, 1080as, Coimbra, UCP, 2011
Realizada por: Berta Paula Saraiva de Nóbrega | 2020 orientadora: Berta Paula Saraiva | 2020 Tutora: Prof. Mariana de Sousa

2

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

> Indicações e principais complicações


Necessidade de acesso vascular para realização de Hemodiálise

- > Temporária
- > Permanente
- > Outcomes

Principais Complicações

Imediatas	Não Imediatas
<ul style="list-style-type: none"> > Pneumotórax > Hemotórax > Tromboembolismo > Tamponamento pericárdico > Arritmias > (...) 	<ul style="list-style-type: none"> > Infecção > Trombose > Hipertensão venosa > Estenose > (...)

DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.; ING, T.; 2007
CARVALHO, T.; PONCE, P.; JORGE, G. et al; 2011




Medianda Profissional - Especialidade em Enfermagem - UNES - Ciências, UFF, 2011

Realizada por: RNT Paula Saraiva de Nóbrega | S&S orientada: RNT Fabra Carneiro | S&S Tutoria: Prof. Marquês de Bona

5

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

> Prevenção de Complicações

<p style="margin: 0;">Não conformidades</p> <ul style="list-style-type: none"> > Manipulação CHD > Manutenção da permeabilidade > Realização de penso 	<p style="margin: 0;">Necessidades</p> <ul style="list-style-type: none"> > Formação > Uniformização de procedimentos
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------


"As complicações associadas aos CVC's, como a oclusão e a infecção (...) os enfermeiros são responsáveis pela prevenção destas complicações, mantendo a permeabilidade e a esterilidade a partir do momento de inserção de um CVC." (DOUGHERTY; 2000, p. 21)

A Tomada de Decisões na vigilância e avaliação do acesso vascular, englobe:

- > Apreciação inicial;
- > Diagnósticos de enfermagem;
- > Intervenções de enfermagem;
- > Avaliação sistemática dos resultados.

É IMPRESCINDÍVEL:

- > A responsabilização do enfermeiro
- > O envolvimento do cliente e família



Medianda Profissional - Especialidade em Enfermagem - UNES - Ciências, UFF, 2011

Realizada por: RNT Paula Saraiva de Nóbrega | S&S orientada: RNT Fabra Carneiro | S&S Tutoria: Prof. Marquês de Bona

4

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



> Prevenção de Complicações

Prevenção de complicações do CHD

- > Inserção e Manipulação asséptica
- > Permeabilização adequada
- > Vigilância de débito do acesso
- > Monitorização hemodinâmica do cliente
- > Minimizar tempo de permanência
- > Construção precoce de um acesso permanente
- > Não utilização de AB profiláctica
- > Vigilância e despiste precoce
- > Registos actualizados
- > Uniformização de procedimentos.

Diagnóstico e Tratamento de complicações do CHD

Infeção

- > Local
- > Sistémica
- > Colocação de novo CHD

Trombose

- > Trombólise
- > Remoção de CHD
- > Remoção cirúrgica


ESPIRITO SANTO SAÚDE

Metade Profissional - Especialidade em Enfermagem - 1000s Ciências, UEP, 2011

Realizado por: S.T. Paula Saraiva de Nóbrega | S&E orientador: S.T. F. Pedro Cordeiro | S&E Tutoria: Prof. Mariana da Silva

5

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



> Manutenção e manipulação de CHD

Procedimento	Comentário
<ul style="list-style-type: none"> * A equipa de enfermagem é responsável pela manutenção e viabilidade do catéter, na sala de hemodiálise. * Usar campo esterilizado para assegurar ambiente estátil no catéter durante o período de tratamento. * Fazer desinfeção dos pontos de conexão do catéter sempre que haja manipulação. 	<ul style="list-style-type: none"> * Efectuar ensino ao cliente portador do catéter para prevenção de complicações. * Assegurar que os ramos do catéter são sempre manipulados com assépsia. * Realizar a conexão e desconexão das linhas utilizando máscara cirúrgica. * Nunca deixar as pontas dos ramos do catéter desprotegidas em contacto com o ar.
<ul style="list-style-type: none"> * Remover tampas lock das pontas do ramo arterial e ramo venoso do catéter. * Adaptar syringe 10cc descartável e fazer refluxo sangue, aspirando do cada ramo (uma syringe para cada ramo). 	<ul style="list-style-type: none"> * É prudente aspirar no mínimo 5 cc de conteúdo que preenche o lúmen de cada ramo do catéter para assegurar a remoção total do anticoagulante previamente colocado, como de eventuais coágulos formados desde a última sessão de hemodiálise.
<ul style="list-style-type: none"> * Adaptar syringe, previamente preenchida com 5% a 0.9% c, injetar para lavar cada ramo do catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> * No decorrer deste procedimento, deve-se alternar o procedimento de injetar com o de aspirar. Ao injetar, testar a permeabilidade do ramo para o fluxo; ao aspirar, testar a permeabilidade do ramo para o refluxo.
<ul style="list-style-type: none"> * Conectar as linhas ao catéter para tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> * Garantir sessão sem incidentes.
<ul style="list-style-type: none"> * Procedimento final ao desconectar o doente: - lavar cada ramo do catéter com 5% a 0.9% em seguida, preencher com bôlusa de anticoagulante igual ao volume do lúmen de cada ramo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Para manter a permeabilidade do CHD, entre sessões.

CONTÍNUO, T. FOLHA 1., 02/08, 0.4/04, 2011

ESPIRITO SANTO SAÚDE

Metade Profissional - Especialidade em Enfermagem - 1000s Ciências, UEP, 2011

Realizado por: S.T. Paula Saraiva de Nóbrega | S&E orientador: S.T. F. Pedro Cordeiro | S&E Tutoria: Prof. Mariana da Silva

6


MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE

> Manutenção e manipulação de CHD

Anticoagulação

- > De forma a manter a permeabilidade do CHD, entre sessões, é realizada a aplicação de anticoagulante.
- > De acordo com vários estudos científicos realizados, apesar de avanços clínicos na avaliação de outros anticoagulantes, até ao momento, de um modo geral, é utilizada a solução de heparina. (e.g. 5,000 units por ml de heparina).
- > É realizada a lavagem de cada ramo do catéter com SF a 0,9%, o volume do "flush" deverá ser o dobro do volume do catéter. Em seguida, cada ramo, é preenchido com bólus de anticoagulante (heparina pura) de acordo com o volume registado no lúmen do CHD.

Segundo a informação fornecida pelos fabricantes dos vários CHD de que a UCI dispõem e utiliza, as suas recomendações vão de encontro aos procedimentos referenciados pelas guidelines internacionais e nacionais, sendo a utilização dos produtos testados e recomendamos pelos fabricantes (utilização externa e interna) adequadas às recomendações dos mesmos.




ESPÍRITO SANTO SAÚDE

Unidade Profissional - Especialidade em Enfermagem - 100000 Cróquis, UEP, 2011
 Realizada por: S.T. Paula Saraiva de Nóbrega | S&S orientador: S.T. Paulo Carrapeta | S&S Tutoria: Prof. Mariana da Silva

7

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE

> Manutenção e manipulação de CHD




Procedimento	Comentário
<ul style="list-style-type: none"> • A equipa de enfermagem é responsável pela manutenção e viabilidade do catéter, na sala de hemodiálise. • Usar campo esterilizado para assegurar ambiente estátil no catéter durante o período de tratamento. • Fazer desinfeção das pontas do conector do catéter sempre que haja manipulação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar online ao cliente portador do catéter para prevenção de complicações. • Assegurar que os ramos do catéter são sempre manipulados com asépsia. • Realizar a conexão e desconexão das linhas utilizando máscara cirúrgica. • Nunca deixar as pontas dos ramos do catéter desprotegidas em contacto com o ar.
<ul style="list-style-type: none"> • Remover tampas lock das pontas do ramo arterial e ramo venoso do catéter. • Adaptar seringa 10cc descartável e fazer refluxo sangue, aspirando de cada ramo (uma seringa para cada ramo). 	<ul style="list-style-type: none"> • É prudente aspirar no mínimo 3 cc de conteúdo que preenche o lúmen de cada ramo do catéter para assegurar a remoção total do anticoagulante previamente colocado, como de eventuais coágulos formados desde a última sessão de hemodiálise.
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar seringa previamente preenchida com SF a 0,9% e injetar para lavar cada ramo do catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> • No decorrer deste procedimento, deve-se alternar o procedimento de injetar com o de aspirar. Ao injetar, testar a permeabilidade do ramo para o fluxo; ao aspirar, testar a permeabilidade do ramo para o refluxo.
<ul style="list-style-type: none"> • Conectar as linhas ao catéter para tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir sessão sem incidentes.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento final ao desconectar o cliente: - lavar cada ramo do catéter com SF a 0,9%. Em seguida, preencher com bólus de anticoagulante igual ao volume do lúmen de cada ramo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para manter a permeabilidade do CHD, entre sessões.

ESPÍRITO SANTO SAÚDE

Unidade Profissional - Especialidade em Enfermagem - 100000 Cróquis, UEP, 2011
 Realizada por: S.T. Paula Saraiva de Nóbrega | S&S orientador: S.T. Paulo Carrapeta | S&S Tutoria: Prof. Mariana da Silva


8

**MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER
CENTRAL DE HEMODIALISE**


INSTITUTO DE
CIÊNCIAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE

> Estratégias facilitadoras na manutenção e manipulação do CHD

- > Apresentação da Norma de manutenção e manipulação do CHD;
- > [Kit para realização de conexão e desconexão de cliente a técnica dialítica;](#)
- > [Obturadores de uso próprio para CHD;](#)
- > [Bionector VYGON;](#)
- > [Pensos que favoreçam a manutenção constante da assepsia da totalidade do CHD, protecção e conforto do cliente \(e.g. penso com bolsa auto-adesiva que proteja o ramo arterial e venoso, após realização de penso base\).](#)

 Espírito Santo Saúde | 1164466 Profissional - Especialidade em Enfermagem - 106666 Cirúrgica, UCP, 2011
Realizado por: Dr.ª Paula Saraiva de Nóbrega | 360 orientador: Dr.ª Paula Saraiva de Nóbrega | 360 Tutoria: Prof.ª Mariana da Silva 9

Kit para realização de conexão e desconexão de cliente a técnica dialítica

Constituído por:

- Campo envolvente para ser utilizado como campo estéril.
- Compressas de gaze para desinfecção do local de intervenção.
- Tabuleiro para suporte dos componentes, manutenção da sua assepsia durante o procedimento evitando o contacto com outras superfícies, e sua eliminação no final.
- Seringa de 10 ml.
- Adesivos em não tecido para fixação da agulha e tubos.
- Compressas de gaze embaladas e esterilizadas separadamente para conservação da esterilização até ao momento de uso no ato de desligar.
- Apresentação: caixa cartão com 50 sets esterilizados.

- 1 Campo envolvente 50 x 50 cm
- 1 Tabuleiro 18 x 9,5 x 2,5 cm
- 6 Adesivos em não tecido 2x10 cm
- 2 Adesivos em não tecido 4x10 cm
- 1 Seringa de 10 ml

- 3 Compressas não tecido 5x5cm
- 3 Compressas não tecido 5x5cm empac.

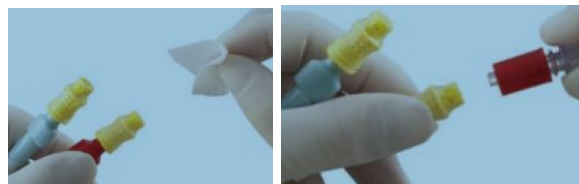


- Todos os componentes necessários ao procedimento de Ligar/ Desligar em Hemodiálise são agrupados, posicionados por ordem de utilização e esterilizados em conjunto.
- Os componentes para o procedimento de Desligar encontram-se numa embalagem secundária, colocada no interior da embalagem principal, permitindo que estes mantenham a sua esterilização até à sua utilização.

www.bastosviegas.com

Obturadores de uso próprio para CHD

- Apresentação de Obturador TEGO, sua funcionalidade e aplicação como sistema fechado para Catéter Venoso Central de Hemodiálise: manutenção de permeabilidade, segurança e contribuição para o controle de infecção. (Flow rates > 600ml/m).



Pensos que favoreçam a manutenção constante da assépsia da totalidade do CHD, proteção e conforto do cliente

- Apresentação de Opercat: bolsa esteril auto adesiva utilizada para a proteção do CHD. A sua aplicação é completamente atraumática, garante a assépsia do local e a qualidade de vida do cliente.



Sugestões realizadas e apresentadas como algumas das estratégias, em PDF, durante a ação.

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



> Conclusão

- > O enfermeiro, como elemento chave na manipulação e manutenção do CHD, deve actuar de acordo com a sua responsabilização. O acto profissional, advém de um processo de tomada de decisão, capacitado de análise crítica e sustentado pelo seu conhecimento, pela sua competência técnico-científica e os seus deveres éticos, deontológicos e jurídicos. (cf. alínea b) do artigo 79 do Código Deontológico do Enfermeiro – CDE)
- > A manutenção e manipulação adequada dos CHD, previne a infecção associada aos catéteres e a sua obstrução, índices imprescindíveis na estabilização da situação clínica do cliente e melhoria da sua qualidade de vida.

OBRIGADA!

MANUTENÇÃO E MANIPULAÇÃO DE CATÉTER CENTRAL DE HEMODIALISE



> Bibliografia

- > ALLON, M.; WORK, J. – Venous Catheter Access for Hemodialysis. In DAUGIRDAS, J.; BLAKE, P.; ING, T. – *Handbook of Dialysis*. 4ª ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p.87-104. ISBN 978-0-7817-5253-4.
- > DECRETO-LEI n.º 104/98 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. “D.R. Série A” 93 (98-4-21) p. 1739-1757.
- > CARVALHO, T.; PONCE, P.; JORGE, G. et al – Acessos Vasculares. in FRESENIUS MEDICAL CARE – *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Lisboa: Edições Almedina, 2011. ISBN 978 - 972- 40 – 4488 -0.
- > National Kidney Foundation – NKF KDOQI GUIDELINES. [em linha]. (2006) [consultado a 22 de Maio de 2011]. Disponível em http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guideline_upHD_PD_VA
- > Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde* [em linha] consultado a 8 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.des.pt/ms/3/default.aspx?pl=8id=5514&access=0>
- > Cateteres venosos centrais : prevenir a infecção e a oclusão. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. - Ano 12. nº145. (Junho 2000).p.18-24.

APÊNDICE III – Avaliação da Ação de Sensibilização “Manutenção e Manipulação de Catéter de Hemodiálise”

Avaliação da Ação de Sensibilização de Manutenção e Manipulação de Catéter Central de Hemodiálise

Numa distribuição global, podemos afirmar que o conteúdo programático da ação de sensibilização foi adequado, dando resposta às necessidades identificadas, como corroborado pelo interesse e utilidade para o desempenho profissional dos elementos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). (Gráfico 2 e Gráfico 3). As competências pedagógicas foram demonstradas e afirmadas perante a validação de uma contribuição para a melhoria dos conhecimentos dos elementos da equipa de enfermagem e a motivação dos mesmos para a adequada manipulação e manutenção do CHD, com especial ênfase no controle de infeção. (Gráfico 1, Gráfico 4 e Gráfico 5). Estes aspetos foram enriquecidos com a discussão e análise, entre os elementos da equipa de enfermagem, abordando situações concretas e respetivas intervenções, durante a apresentação. Assim, a avaliação global da ação foi muito boa, cumprindo o seu objetivo, na sensibilização perante a temática, na efetivação da melhoria das práticas, complementada com estratégias de suporte aos profissionais. (Gráfico 6).

Gráfico 1. – Competências Pedagógicas

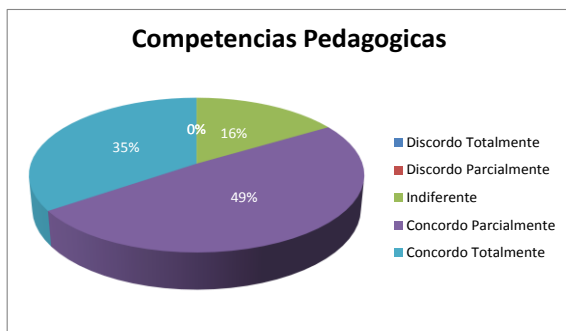


Gráfico 2. – Conteúdo Programático

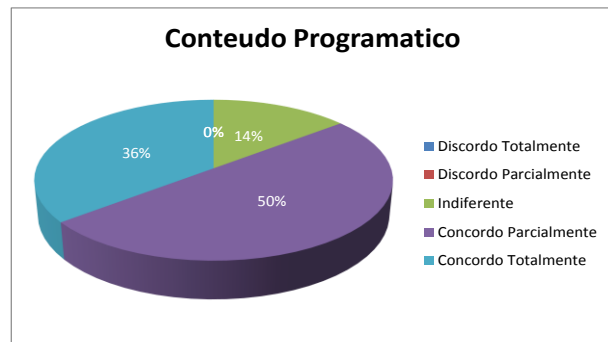


Gráfico 3. – De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?

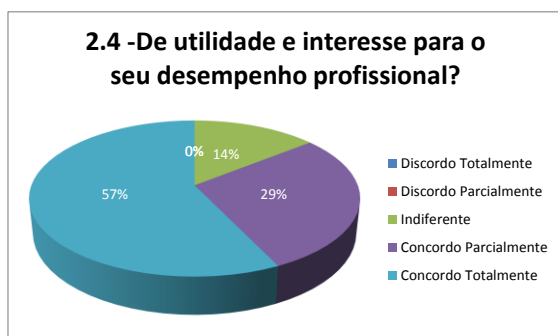


Gráfico 4. – Motivação da equipa para a adequada manipulação e manutenção do CHD?

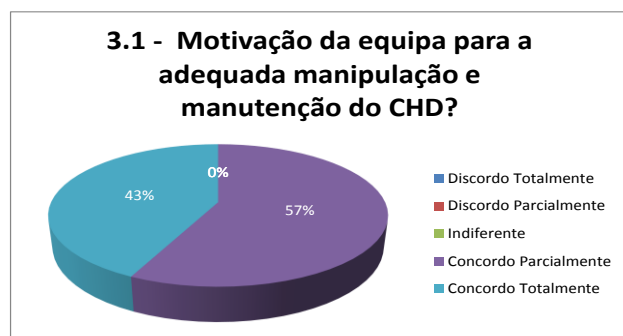


Gráfico 5. – Contribuição para a melhoria dos seus conhecimentos na área?

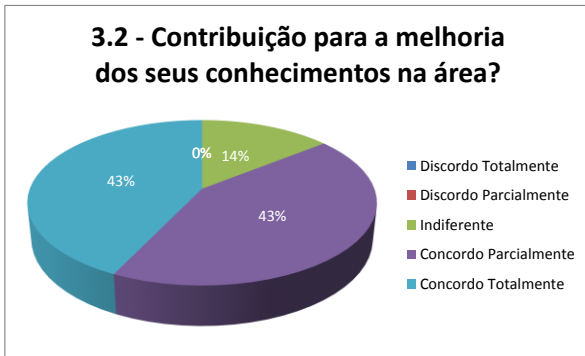
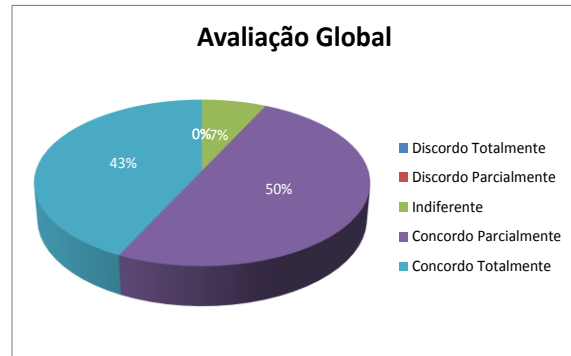


Gráfico 6. – Avaliação Global



APÊNDICE IV – Póster “Via Aérea Díficil”: Participação nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”

I JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA
- A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -



Via Aérea Díficil

“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo nº 88, alínea c)

Situação clínica em que um profissional de saúde treinado, tenha dificuldade em realizar a laringoscopia directa a um cliente, manter ventilação manual sob máscara facial ou ambos.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) 2003

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) 2003

COMPLICAÇÕES

ASA 2003

Surgem como responsáveis major das complicações, a ventilação difícil sob máscara, a falha em reconhecer uma situação de intubação esofágica, de dificuldade e/ou impossibilidade de entubação.

A percentagem de óbitos e/ou danos cerebrais, deve-se a erros e/ou omissões, essencialmente a nível do reconhecimento da gravidade do problema, da não observação atenta das vias aéreas e de não actuar em conformidade em tempo útil.

Os principais eventos adversos associados ao inadequado manuseamento da via aérea difícil são: o óbito, a PCR, a lesão cerebral, a traqueostomia desnecessária, o traumatismo da via aérea e da arcada dentária

Os cuidados de enfermagem deverão ser “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, (...) assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Algoritmo da Via Aérea Díficil da Sociedade Americana de Anestesiologia

Adaptado de: Practice guidelines for management of the difficult airway [1992]
Approved by House of Delegates on October 21, 1992 and last amended October 16, 2002



PERANTE UMA SITUAÇÃO DE VIA AÉREA DÍFICIL (VAD), O ENFERMEIRO DEVERÁ:

- Identificar as situações de VAD, perante a observação do cliente;
- Conhecer as manobras facilitadoras de ventilação e entubação;
- Prestar cuidados adequados e em tempo útil (avaliação imediata; identificação da situação de obstrução de via aérea, sua permeabilização e fornecimento precoce de ventilação artificial);
- Conhecer e actuar em conformidade com o algoritmo de VAD;
- Prestar cuidados em equipa;
- Fomentar a formação nesta área, de forma a sustentar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências teórico-práticas.

Elaborado por:
Paula Nóbrega (Enfª Graduada, aluna do Mestrado de natureza Profissional da UCP – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Pedro Miguel Carrapato (Enfª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Referências Bibliográficas:
AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. An updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiology, vol. 146, July 2007, p. 1289-1297.
MÉDICO VETERINÁRIO BERNARDO DE ALMEIDA OLIVEIRA, DOUTOR EM CIÊNCIAS MÉDICAS, ESPECIALISTA EM ANESTESIA, MÉDICO ANESTESIOLOGISTA, EBAS - Associação Médica Portuguesa, Sociedade de Anestesiologia Estado do Rio de Janeiro, 2006, p. 27-38. (em linha). Disponível a 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.cobranet.org.br/revista/revista.asp>
REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. (em linha). Consultado a 20 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.cobranet.org.br/revista/revista.asp>



APÊNDICE V - Guia Complementar de Comunicação Verbal



ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo dinâmico e multidireccional através do qual transmitimos, apreendemos e compreendemos informação e o significado dos comportamentos associados. Podemos, assim, afirmar que esta é um processo através do qual se expressa a relação interpessoal, em contínua reciprocidade. Uma comunicação deficiente é fonte de conflitos pessoais e organizacionais, mantendo o cliente isolado e impedindo-o de se envolver no seu processo saúde/doença.

Este Guia tem como objectivo ser um instrumento facilitador do processo de comunicação, sendo a sua finalidade compensar o deficit a nível de comunicação verbal, do cliente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos, submetido a Entubação Traqueal, permitindo a sua assistência de forma adequada e em tempo útil.


A sua apresentação pretende-se clara, simples e acessível, de forma a que possa ser utilizada pelos profissionais de saúde, bem como pelos familiares, no estabelecimento de processo comunicacional.

Encontra-se dividido por temas, aos quais se associa uma côm, de forma a se tornar mais fácil e prática a sua utilização. Contempla os seguintes temas: sintoma: dor – sua avaliação e localização (através de esquema corporal), necessidades, desconforto/problemas, emoções/sentimentos, higiene, perguntas frequentes relacionadas com o internamento, sob a forma de imagens representativas da mensagem a transmitir e, a finalizar apresenta uma grelha com o alfabético e espaço livre para escrita. As imagens encontram-se explicitadas por uma mensagem escrita, em português e Inglês, a qual deverá ser lida ao cliente, caso este não o consiga realizar, de acordo com o idioma do mesmo.

Deverá ser pedido ao cliente que seleccione o tema/côm do seu interesse para posteriormente se visualizar a página correspondente ao tema sobre o qual pretende comunicar.

UNIVERSIDADE INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

2



Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUCTION

Communication is a dynamic multi-directional process through which we transmit, apprehend and understand information and the significance of associated behaviors. We can therefore say that this is a process through which an interpersonal relationship is expressed in continuous reciprocity. Poor communication is a source of personal and organizational conflicts, keeping the customer isolated and preventing him from getting involved in his health / disease process.

This Guide is an instrument to facilitate the communication process, and its purpose is to offset the deficit of verbal communication, present in the critical client in ICU that underwent endotracheal intubation, allowing for his assistance in an appropriate and timely manner.

This Guide is intended to be clear, simple and accessible, so that it can be used by health professionals and by relatives in the establishment of the communication process with the customer. It is divided by subjects, each of which has an associated color in order to become more practical and easy to use. The Guide covers the following topics/ symptoms: pain - its location and evaluation (through a body schema), needs, discomfort / problems, emotions/feelings, personal hygiene, frequently asked questions related to hospitalization. The Guide uses images representing the message to be transmitted and in the end a grid with the alphabet and free space for writing. The images are explained by a message written in both Portuguese and English, which should be read to the client if he cannot do it himself, according to the language. The client should be requested to choose a topic/symptom or the associated color for the message that he wishes to transmit and subsequently view the appropriate page for him to choose the message.


3


Unidade de Cuidados Intensivos

INDICE | INDEX

		Pag
Dor Pain	VERMELHO RED	5
Necessidades Needs	VERDE GREEN	7
Problema/desconforto Problem/discomfort	AMARELO YELLOW	16
Higiene pessoal Personal hygiene	AZUL BLUE	19
Emoções/sentimentos Emotions/feelings	ROXO PURPLE	22
Perguntas frequentes Frequent questions	LARANJA ORANGE	24
Escrever Write	AZUL ESCURO DARK BLUE	27


4

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



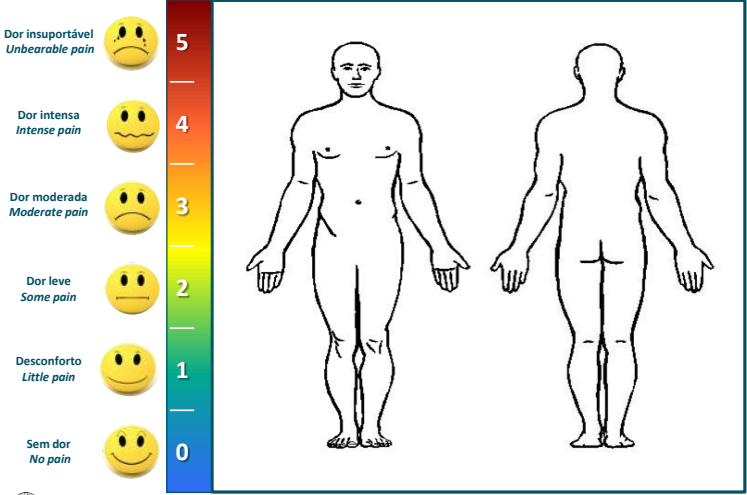
Dor | Pain

Estou a fazer Medicação? | Am I under Medication?

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTUGAL INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

5

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Dor insuportável
Unbearable pain 5

Dor intensa
Intense pain 4

Dor moderada
Moderate pain 3

Dor leve
Some pain 2

Desconforto
Little pain 1

Sem dor
No pain 0

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTUGAL INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

6

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Enfermeiro		Nurse
Médico		Doctor
Guia Espiritual		Spiritual Guide

Prótese Auricular		Auricular Prosthesis
-------------------	--	----------------------

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

7

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Música		Music
Rádio		Radio

Óculos		Glasses
--------	--	---------

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

8

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Fotos | Photos
Jornal | Journal



Telefone | Phone

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

9

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Familia | Family
Amigos | Friends



Não quero visitas | No visitors

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

10

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Deitar | Lay down

Levantar | Get up

Necessidades | Needs

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

11

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Mudar de posição | Turn over

Levantar ou baixar cabeceira | Raise or lower headrest

Necessidades | Needs

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

12

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**

Dormir | Sleep

Não consigo dormir | Can't sleep

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

13

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**

Acender a luz | Turn on light

Apagar a luz | Turn off light

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

14

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Comer		Eat
Beber		Drink



Escrever		Write
----------	--	-------

Universidade Instituto de Católica Ciências da Saúde

15

Necessidades | Needs

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Falta de ar		No breathing
Aspiração		Aspiration




Nauseado		Queasy
Vômito		Vomit

Universidade Instituto de Católica Ciências da Saúde


16

Problema/desconforto | Problem/discomfort

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Ruído | Noise



Comichão | Itch
Formigueiro | Tingle

Problema/desconforto | Problem/discomfort

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE FORTALEZA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

17

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Frio | Cold



Calor | Hot

Problema/desconforto | Problem/discomfort

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE FORTALEZA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

18

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Higiene pessoal | *Personal hygiene*

Lavar a cabeça | *Wash head*

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

19

Higiene pessoal | Personal hygiene

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Fazer a barba | *Shave*

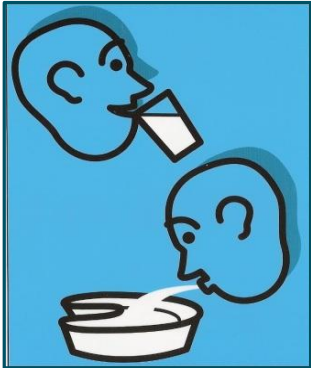
Lavar os dentes | *Brush teeth*

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


20

Higiene pessoal | Personal hygiene

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Higiene boca		Mouth hygiene
Boca seca		Dry mouth



Urinar		Urinate
Evacuar		Poop
Flatulência		Flatulence

Higiene pessoal | Personal hygiene

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

21

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Medo		Fear
Ansiedade		Anxiety
Angústia		Anguish




Tocar		Touch
Saudades		Nostalgia
Como estás?		How are you?
Obrigado		Thanks

Emoções/feelings | Emotions/feelings

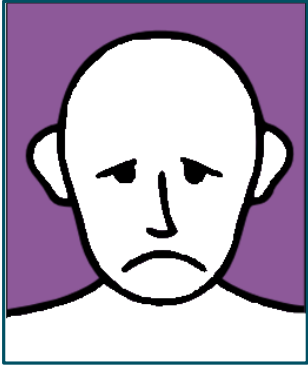
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

20

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Contente		Happy
----------	--	-------




Triste		Sad
Cansado		Worn-out
Frustrado		Frustrated

Emoções/sentimentos | Emotions/feelings


UNIVERSIDADE INSTITUTO DE CATÓLICA PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

23

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Noite		Night
Dia		Day



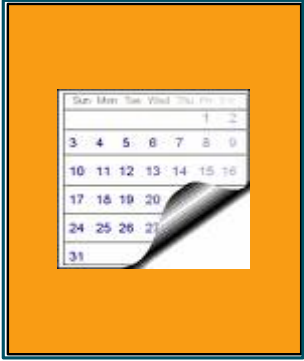
Que horas são?		What time is it?
Há quanto tempo estou aqui?		How long am I here?

Perguntas frequentes | Frequent questions

UNIVERSIDADE INSTITUTO DE CATÓLICA PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

24

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**




Que dia é hoje? | What day is it?

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Perguntas frequentes | Frequent questions

25

ESPÍRITO SANTO SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**



Onde estou? | Where am I?

Porque não consigo falar? | Why can't I speak?


Quando retiro o "tubo"? | When do I remove the "tube"?

O que aconteceu? | What happened?


UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Perguntas frequentes | Frequent questions

26

ESPÍRITO SANTO  SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z				

 UNIVERSIDADE INSTITUTO DE CATÓLICA PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

27

Escrever | Write

ESPÍRITO SANTO  SAÚDE **Unidade de Cuidados Intensivos**


BIBLIOGRAFIA

APONTAMENTOS das aulas de EMC - MÓDULO II: **Suporte Emocional ao Doente e família em Situação de Crise**, leccionadas pela Prof. Ilda Lourenço, no Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. 2011.

ROSÁRIO, Elsa M.O.C. – **Comunicação e Cuidados de Saúde: Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos**. Dissertação de tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa. 2009.

REBELO, Ana – **Comunicação no Exercício e Contexto de Cuidados** in Manual do Curso Comunicação em Contexto de Cuidados. Centro de Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Lisboa. 2010.

Imagens cedidas pela MAQUET

 UNIVERSIDADE INSTITUTO DE CATÓLICA PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

28

APÊNDICE VI - Norma de “Acolhimento do Cliente e Família/Pessoa Significativa na UCI”

MANUAL DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO Nº

POLÍTICA Nº

AREA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

ANO 2011

1. NOME:

ACOLHIMENTO DO CLIENTE E FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA NA UCI

2. ÂMBITO:

- EXCELÊNCIA NO CUIDAR E NAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS;
- UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO:

ENFERMEIROS DA UCI

4. PONTOS IMPORTANTES:

- O acolhimento do cliente crítico e da sua família/pessoa significativa, na UCI, deverá ser realizado pelo seu Enfermeiro Responsável;
- Identificar e gerir as necessidades bio-físicas, psicossociais, espirituais do enfermeiro e cliente/família;

- Explicar a fundamentação dos cuidados prestados, procedimentos e equipamentos da UCI;
- Promover um processo de comunicação personalizado, adequado à complexidade da situação;
- Promover um ambiente terapêutico;
- Promover a tomada de decisão informada;
- Fornecer o Guia de Acolhimento, adequando informação complementar necessária e personalizando – o.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

5.1. Acolhimento do Cliente Crítico

O Enfermeiro Responsável deve:

- Identificar o cliente pelo seu nome;
- Apresentar-se pelo nome e referir que irá ser o seu enfermeiro responsável;
- Efetuar a comunicação tendo por princípios:
 - Usar o nome pelo qual o cliente prefere ser chamado,
 - Manter o contacto visual
 - Ser coerente e autêntico (comunicação verbal/não verbal)
 - Utilizar linguagem clara, acessível, realista e concreta
 - Usar um tom de voz moderado
 - Exercer a leitura, interpretação e validação da comunicação não verbal
 - Utilizar escuta ativa, empatia e dar feedback
 - Validar a compreensão da mensagem
 - Individualizar os cuidados, demonstrar disponibilidade e garantir privacidade da informação
- Incluir aspetos psicossociais na colheita de dados, simultaneamente, transmitindo informações sobre a sua situação clínica e o funcionamento da

UCI – de acordo com a avaliação da disponibilidade cognitiva e emocional -, de modo a diminuir a ansiedade e medo, permitindo o aumento da colaboração e estabilidade do cliente;

- Avaliar as necessidades bio-físicas, psicossociais e intrapessoais do cliente e estabelecer objetivos a curto/médio/longo prazo;
- Avaliar os seus próprios sentimentos, crenças e valores, como fator de interseção na relação com o cliente/família, proporcionando reflexão, autoconhecimento e crescimento;
- Estabelecer uma relação terapêutica entre o enfermeiro e cliente, facilitar e acolher a expressão de sentimentos positivos e negativos, necessidades, adaptando a comunicação à complexidade da situação (estratégias facilitadoras da comunicação verbal/não verbal, em especial se a 1º se encontra comprometida perante ET);
- Proporcionar diminuição de insegurança, medo, ansiedade e frustração relacionadas com as barreiras à comunicação;
- Compreender e gerir o medo e ansiedade vivenciado pelo cliente face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Avaliar a compreensão do consentimento informado e ajudar o cliente a utilizar a informação recebida perante a tomada de decisão;
- Identificar e proporcionar a presença de pessoas de suporte;
- Deverá ser sempre validado com o cliente, caso a sua situação o permita, a autorização da(s) visita (s);
- Explorar o desejo de aconselhamento/apoio espiritual. Realizar os contactos necessários;
- Promover o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação e a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral adquirida, enquanto profissional;
- Ensinar ao cliente sobre todos os equipamentos, procedimentos e cuidados a realizar, validando o seu consentimento e envolvendo-o sempre que possível;
- Promover ambiente terapêutico
 - estimular processos de pensamento adequados à realidade – colocação de objetos pessoais, relógios, calendários, fotografias de

pessoas/momentos significativos na unidade do cliente, abordar temas da atualidade;

- realizar medidas de conforto, respeitar períodos de sono e repouso e redução de luminosidade e ruídos (manter os padrões dia/noite);
- Prestar cuidados de conforto e higiene oral, no início do turno da noite
- Planear as atividades de enfermagem, de modo a possibilitar, sempre que possível um sono ininterrupto de 90m (mínimo)
- Proporcionar a utilização de óculos e próteses auditivas, sempre que possível
- Promover a adoção de comportamentos de autodeterminação e responsabilização na promoção da saúde;
- Promoção da participação ativa do cliente/família nos cuidados - estabelecer estratégias de resolução de problemas e prestação de cuidados, desenvolvidas em parceria com cliente/família/pessoa significativa;
- Promover o toque, realizando-o e incentivando a sua realização, pelas pessoas significativas, em conformidade com a situação;
- Identificar e ajudar a gerir o isolamento social relacionado com a alteração do seu estado de saúde – físico, neurológico, psicológico, social
 - Ajudar a identificar os sentimentos associados ao isolamento e sistemas de suporte disponíveis e potenciais
 - Identificar e avaliar possíveis fatores facilitadores de isolamento – aspeto físico, ET, inadequado suporte
- Identificar os mecanismos de coping do cliente, promover padrões de coping eficazes;
- Avaliação do estado neurológico e hemodinâmico do cliente; objetivando o despiste precoce de alterações desencadeadas por fatores de coping (in)eficazes e conduta de atuação antecipatória e adequada.

5.2. Acolhimento de família/pessoa significativa do Cliente Crítico

O enfermeiro responsável deve:

- Controlar a entrada das visitas no intuito de efetuar um correto acolhimento, sempre que tal não seja possível será realizado pela administrativa ou pela

- Assistente Operacional da UCI (após as 18h), a qual notifica o enfermeiro responsável;
- Acolher a família/pessoa significativa, após receção e encaminhamento pela secretária de unidade;
 - Dirigir-se à pessoa e apresentar-se pelo nome:
 - na sala de visitas (1ª visita);
 - na zona de trabalho aberta (ou sala de visitas, sempre que se justifique)
 - Efetuar a comunicação tendo por base os princípios mencionados na abordagem ao cliente;
 - Criar um ambiente de disponibilidade, propício ao estabelecimento do processo de comunicação;
 - Informar em que unidade o cliente se encontra e acompanhar a visita até junto do mesmo;
 - Sempre que o cliente não consiga fornecer informações, negociar com a pessoa significativa a disponibilidade e o momento para a obtenção de informações no âmbito da avaliação inicial de enfermagem: antecedentes pessoais, dados relevantes da dinâmica sócio-familiar, grau de dependência nas AVD's e nome pelo qual prefere ser chamado;
 - Explorar o desejo de aconselhamento/apoio espiritual. Identificar e informar sobre os sistemas de suporte espiritual existentes;
 - Promover e proporcionar privacidade;
 - Toda a informação deverá ser unânime e partilhada por todos os elementos da equipa, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional.
 - Estabelecer uma relação terapêutica com a família/pessoa significativa, promovendo e aceitando a expressão de sentimentos positivos e negativos, adaptando a comunicação à complexidade da sua situação crítica;
 - Explicar, perante déficit de comunicação (p.ex, ET), à família/pessoa significativa a causa do mesmo e implementar estratégias facilitadoras da comunicação (p.ex., guia complementar de comunicação não verbal)
 - Explicar, em linguagem clara e acessível, o funcionamento e características de uma UCI, nomeadamente a função dos diversos equipamentos tecnológicos utilizados na prestação de cuidados, validando a compreensão da mensagem transmitida;
 - Fornecer o Guia de Acolhimento da UCI, para esclarecimentos informativos, explicando e complementando a sua informação de acordo com o necessário;

- Realizar ações de educação para a saúde, atendendo às particularidades de cada situação, especificamente em relação aos procedimentos e circuitos requeridos de CCI, visando a prevenção e controlo da infeção na UCI;
- Escutar e facilitar a verbalização de todas as dúvidas e preocupações, por parte do familiar/pessoa significativa, prestando esclarecimentos e transmitindo informação adequada, precisa e personalizada (tendo por base o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como a gravidade da situação do cliente);
- Antecipar sobre a situação atual do cliente, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
 - As informações devem ser corretas, claras e dadas no sentido de esclarecer e diminuir a ansiedade dos familiares, mantendo-os o mais possível a par da realidade e ajudando-os a consciencializar-se da situação do doente;
- Incentivar a família/pessoa significativa a comunicar com o cliente e a tocá-lo, respeitando as suas decisões;
- Valorizar o envolvimento da família /pessoa significativa nos cuidados;
 - Promover a colocação de objetos pessoais significativos, junto à unidade do cliente;
 - Avaliar estratégias de coping da Família/Pessoas significativas, sua capacidade de adaptação à situação clínica do cliente. Promover a identificação e reforço dos sistemas de suporte;
 - Estabelecer, juntamente com a família, qual o elemento a quem é fornecida a informação clínica do foro da enfermagem;
 - Encaminhar para o clínico assistente, sempre que solicitado.

5.3. Guia de Acolhimento

- Apresentação da UCI
- Nome do Enfermeiro e do Médico Responsáveis pela UCI;
- Horário e número de visitas em permanência simultânea junto do cliente;
- Contactos telefónicos;
- Local para colocar nome do cliente e unidade em que se encontra;
- Informações para as visitas
- Serviços de apoio da instituição aos clientes e familiares

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M.C.; RIBEIRO, J.L. – Qualidade de Vida dos doentes nos Cuidados Intensivos. **Nursing**. Julho. 2009. pp. 16-23.
- APÓSTOLO, João Luís Alves – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência**. II Série-n.º9. Março. 2009. pp.61-67.
- BACKES, Dirce Stein; WILSON, D. Lunardi Filho; LUNARDI, Valeria Lerch. **O Processo de Humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista de Enfermagem USP**. [em linha] (2006) [consultado a 30 de Março de 2011]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/242.pdf>
- BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BURNARD, Phillip – Comunicação: uma aptidão essencial. Lisboa. **Nursing**. Ano 6. Vol. nº 60. Julho. 2003.pp 15-17. ISSN: 0871-6196.
- CHALIFOUR, J. – **A Intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusociência. 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- CERQUEIRA, M.; GOMES, J. – Comunicar em Enfermagem: Algumas Reflexões. **Sinais Vitais**. Coimbra. Vol. 62. 2005. pp. 55-57.
- CURRY,S. - Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Vol 94.1995.pp.26-30.
- ESTEVENS, S. – A comunicação enfermeiro/doente na Unidade de Cuidados Intensivos. **Enformação**. 2008. pp.20-23.
- FERREIRA, Mónica A.G.; PONTES, Manuela; FERREIRA, Nuno – Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto:Edições Universidade Fernando Pessoa. 2009. pp. 358-366 ISSN1646-0480.6.
- FONTES, Ana Isabel Costa; FERREIRA, Andreia Cristina Santos – Do Outro Lado da Porta: Falar com a Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. Lisboa. **Sinais Vitais – Ciência & Técnica**. Julho. 2009. pp 33-38.
- FOONG, A. - Desafiando a torre de babel. Lisboa. **Nursing**. Vol 66. 1993.pp 12-14.
- GOTARDO, Glória Inês Beal; SILVA, Cláudia Aparecida – O Cuidado Dispensado aos Familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**. Vol. 13. Abril/Junho. 2005. pp. 223-228.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.

- INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro – **Paciente Crítico e Comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.** Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 39. 2005. pp.423-429. [em linha]. [consultado a 4 de Maio de 2011]. Disponível em: www.scielo.br/reeusp
- LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda.** Lisboa: LUSODIDACTA. 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2.
- LINO, Margarete Marques; CALIL, Ana Maria – **O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão.** Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 42. 2008. pp.777-783. [em linha]. [consultado a 4 de Maio de 2011]. Disponível em: www.scielo.br/reeusp
- MARQUES, R.C.; SILVA, M.J.P.; MAIA, F.O.M.- Comunicação entre Profissional de saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ.** Vol 17. Nº 1. Janeiro/Março 2009. pp. 91-95.
- MARTINS, J.J.; NASCIMENTO, E.R.P.; GEREMIAS, C.K. et al – **O Acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional.** Rev.Eletr.Enf. Vol 10. Nº4. 2008. pp. 1091-1101. [em linha]. [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm
- NASCIMENTO, Keyla Cristiane; ERDMANN, Alacoque Lorenzini – **Compreendendo as Dimensões dos Cuidados Intensivos: A teoria do Cuidado Transpessoal e Complexo.** Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 17. Março/Abril. 2009. [em linha]. [consultado a 4 de Maio de 2011]. Disponível em: www.scielo.br/reeusp
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual.** Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002. pp. 39-42.
- SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni [et al] – Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronária. **Texto Contexto Enfermagem.** Janeiro/Março. Vol. 17. 2008. pp. 81-89.
- Vázquez Calatayud M; Eserverri Azcoiti MC - **El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson.** Enferm Intensiva. Out.-Dez.; Vol. 21 (4). 2010. pp. 161-4. ISSN: 11302399 [em linha]. [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en/node/2050466>
- WATSON, Jean – **Enfermagem Pós –Moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem.** Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-37-1.
- YU J.; KIRK M. - **Measurement of empathy in nursing research: systematic review.** Journal of Advanced Nursing. 2008. Dezembro. Vol. 64 (5), pp. 440–454. ISSN: 03092402 [em linha] [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=6012eecf-6fed-4afc-9172-d264a8e992c2%40sessionmgr12&vid=6&hid=14&bquery=Measurement+of+empathy+%22in%22+nursing+research%3a+systematic+review>.

- YU J.; KIRK M. - **Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review.** Journal of Advanced Nursing. 2009. Setembro. Vol. 65 (9), pp.1790–1806. ISSN:03092402 [em linha] [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=6012eecf-6fed-4afc-9172-d264a8e992c2%40sessionmgr12&vid=5&hid=14&bquery=Evaluation+of+empathy+measurement+tools+%22in%22+nursing%3a+systematic+review>

LEGISLAÇÃO

- DECRETO-LEI n.º 104/98 – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. “D.R. Série A” 93 (98-4-21) p. 1739-1757.
- **REGULAMENTO Nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- **REGULAMENTO Nº124/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** [em linha].[consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

APÊNDICE VII - Guia de Acolhimento

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011
 Sob orientação: Enf.º Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama



HOSPITAL DA LUZ
 ESPÍRITO SANTO SAÚDE

Guia de Acolhimento UCI

Informações sobre a UCI

Localização: Piso 1

Acesso: Elevadores 1, 2, 3

Director Clínico
 Dr. João Sá

Enf.ª Coordenadora
 Enf.ª Isabel Rodrigues Gonçalves

Enf. Responsável de Serviço
 Enf. Arnaldo Conceição

Contacto Telefónico
 217 104 450

As informações telefónicas são prestadas às pessoas **significativas** para o cliente das 08.30 às 23H.

Agradecemos que centralizem as informações.

Informações - Processo clínico

Solicita-se ao familiar que forneça:

- Exames, relatórios médicos e medicação, recentes, do cliente;
- Documentos solicitados pela administrativa;
- O seu contacto.

Acesso ao Hospital

Metro
 Linha Azul / Estação Colégio Militar

Autocarro
 Terminal Rodoviário servido por 24 linhas de autocarros urbanos, suburbanos e interurbanos.

Automóvel
 Acessos por: 2º Circular, Eixo Norte-Sul, IC19, CRIL, Av. Portinha, Av. Lusitã;

Existe no recinto um parque de estacionamento subterrâneo, onde poderá estacionar no piso -2





Hospital da Luz SA
 Avenida Lusitã 170 - 1900-050 Lisboa - Portugal
 T: +351 217 104 400 F: +351 217 104 409
 www.hospitaldaluza.pt
 Cód. Social: 130010000 Lda. - Número de C.R.C. de Lisboa e Contribuinte: 507 485 637

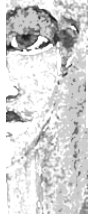
<p>Horário de Visitas: 11h às 21h</p> <p>O cliente ou pessoa significativa gere a visita de familiares/amigos.</p> <p>Só é permitida a permanência de 2 visitas junto do cliente em simultâneo.</p> <p>Apenas é permitida a visita de crianças com idade superior a 12 anos..</p> <p>Alertamos para que sejam respeitados os períodos de descanso do cliente.</p> <p>Cliente _____</p> <p>Que se encontra na Unidade de _____</p> <p>Os profissionais de saúde da UCI encontram-se disponíveis para esclarecimento de qualquer dúvida e necessidade de apoio sobre a situação clínica do cliente.</p> <p>Transferência da UCI</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cliente, de acordo com a sua situação clínica, pode ser transferido para a UCI Intermédios ou para a Enfermaria; • A transferência ocorre sempre com o conhecimento do cliente e respectiva família/pessoa significativa; • Na necessidade de esclarecimentos adicionais, por favor dirija-se ao enfermeiro responsável pelo cliente. 	<p>A equipa de saúde, acolhe-o, na UCI, encontrando-se disponível para dar resposta às suas necessidades.</p> <p>A UCI é um espaço destinado a tratamento intensivo de clientes em situação crítica de saúde. Dispõe de equipamento tecnológico sofisticado e uma equipa própria de profissionais qualificados. Assumimos o compromisso de cuidar, numa prática de excelência e inovação.</p> <p>Por favor, aguarde na sala de espera até o Enfermeiro o chamar para a visita.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro responsável pelo cliente fará o acolhimento na UCI. • É importante manter um ambiente calmo, pelo que deverá ser respeitada a diminuição do ruído e manter o telemóvel desligado. • O Hospital é um meio propício ao desenvolvimento de microrganismos de infeção, pelo que é importante a lavagem das mãos antes e depois de visitar o seu familiar/amigo. Se este se encontrar em isolamento, por favor, adequar os seus procedimentos de acordo com a informação do enfermeiro. • O cliente tem uma dieta prescrita pelo seu médico assistente, pelo que não deverá fornecer outro tipo de alimentação, sem autorização prévia. • A presença de objectos pessoais junto do cliente deverá ser validada com a Equipa de Enfermagem. 	<p>Serviços de Apoio da Instituição</p> <p>Existem no Hospital da Luz vários serviços de apoio aos familiares:</p> <p>Serviços religiosos</p> <p>Capela no Piso (-1); Horário: 8h às 21h; Missa celebrada à 4ª feira às 18h</p> <p>Se necessitar de outra assistência espiritual, por favor contacte o Enfermeiro Responsável de Serviço;</p> <p>Cafetaria</p> <p>Piso - 1; Horário: dias úteis—07h30 às 22h30, fim semana—07h30 às 20h</p> <p>Refeitório</p> <p>Piso - 1; Horário: 12h-15h, 19h-21h</p> <p>Caixa Multibanco</p> <p>Piso 0 e Piso (-1)</p> <p>Papelaria</p> <p>Piso 0; Horário: 2ª a 6ª das 8h—19h; sábado das 9h—13h</p> <p>Banco</p> <p>Piso 0, balcão BES; Horário: dias úteis das 09h às 18h</p> <p>O Hospital da Luz celebrou um protocolo com o BES para soluções de financiamento favoráveis para actos praticados neste hospital. Contacte balcão BES no HL ou 707247305</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, M.C.; RIBEIRO, J.L. – Qualidade de Vida dos doentes nos Cuidados Intensivos. **Nursing**. Julho. 2009. pp. 16-23.
- CURRY, S. - Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente em Unidade de Cuidados Intensivos. **Nursing**. Vol 94.1995.pp.26-30.

- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital da Luz.** Lisboa. 2006.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Guia de Acolhimento da Unidade de Cuidados Intensivos, do Hospital da Luz.** Lisboa. 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual.** Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002. pp. 39-42.
- SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni [et al] – Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronária. **Texto Contexto Enfermagem.** Janeiro/Março. Vol. 17. 2008. pp. 81-89.
- Vázquez Calatayud M; Eserverri Azcoiti MC - **El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson.** Enferm Intensiva. Out.-Dez.; Vol. 21 (4). 2010. pp. 161-4. ISSN: 11302399 [em linha]. [consultado a 3 de Junho de 2011]. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en/node/2050466>

*APÊNDICE VIII - **Instrumento de apoio: Direitos e Deveres dos Clientes***

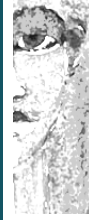


ESPÍRITO SANTO SAÚDE

Direitos dos Doentes

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados;
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;
12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.



ESPÍRITO SANTO SAÚDE


Deveres dos Doentes

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive;
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento;
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes;
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites;
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

No quadro legislativo da Saúde são estabelecidos direitos mais específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968).

<http://www.dgs.pt>

http://www.portaldasaude.pt/portal/cont_eudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP : 2011
Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

APÊNDICE IX - Póster “Cuidar em UCI”: Participação nas “I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora – A Pessoa em Situação Crítica”

I Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora
- A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA -
Cuidar em UCI

Falta de coerência entre aqueles
"Não sei o que o meu colega lhe disse, mas na minha opinião (...) não foi o que me transmitiram (...)"

Tecnicismo
"Antes de mais, é importante perceber que necessita da técnica de substituição renal, percebe, não é?"

Dificuldade em gerir medos e ansiedade
"Não sei o que disse, não sei lidar com a má notícia transmitida (...) agora não tenho disponibilidade"

Relação com Cliente e Família
A não coerência da informação, a não antecipação das situações, as alterações sensoriais e de percepção do cliente, a complexidade do relacionamento, o ambiente tecnicista, são características condicionantes do cuidar em UCI. Todos os momentos são únicos e de significância individual, muitos deles partilhados pela equipa de enfermagem. É importante que analisemos e reflitamos nos nossos pensamentos, sentimentos, nas nossas ações, no seu sentido, na sua presença e, como isso influi na prestação de cuidados. Assim, na praxis diária, a relevância destas vivências emerge do desenvolvimento de análise crítica inerente ao exercício da enfermagem, como oportunidades de evolução e de mudança que sustentam a continuidade do fundamento arquetípico de existir da enfermagem.

Ambiente insólit
"Não sei onde estou, tantos apitos (...) já é dia?"

Ansiedade
"(...) quando é que vou tirar o 'tubo'?"

Medo
"(...) mais uma transfusão, mais um exame (...) tantas operações (...) porque necessita de tanto equipamento, vou recuperar?"

Medo
"tantas máquinas (...) está muito mal (...) não consigo tocar-lhe (...)"

Insegurança e/ou falta de informação
"(...) o hematologista deu-me uma informação contrária aos médicos da unidade (...) não foi ainda transferido (...) há uma semana que nos falam da sua transferência (...) não tenho informação, não compreendo (...) a situação agravou-se?"

Responsabilidade / Decisão
"Se só quero tomar uma decisão (...) eu só quero que o meu pai não sofra (...)"

COMPETÊNCIAS
TECNICO-CIENTÍFICAS | RELACIONAIS

[Cuidar]
Cuidar exige que o enfermeiro desenvolva competências técnico-científicas, suportadas por competências relacionais. A gravidade do estado clínico, bem como toda a dinâmica de meios tecnológicos e procedimentos invasivos, assumem-se em eventos de alta intensidade e complexidade, que implicam a especificidade de actuação perante o acompanhamento e apoio ao cliente e família/pessoa significativa, em Unidade de Cuidados Intensivos. É reconhecida a necessidade do conhecimento científico e técnico, contudo, o cuidar, só será completo, quando complementado e ampliado na sua totalidade humanística - biológica, social e espiritual, em constante reciprocidade. É a simples passagem de uma tecnocracia para uma tecnologia que serve a humanidade.

Comunicação

Verbal

- Garantir o alinhamento de discursos
- Assegurar a escuta, compreensão da mensagem e feedback

Não-verbal

- Estar atento ao tom de voz, às expressões do olhar,
- aos gestos, à postura
- Promover o contacto e a proximidade
- Otimizar estratégias de comunicação não verbal

Congruência empática

- Escuta activa
- Demonstrar empatia perante a situação
- Assegurar que o cliente/família seja ouvido e compreendido

Relação Interpessoal

Congruência

- Ser autêntico
- Ser coerente na mensagem

Empatia

- Desenvolver e demonstrar capacidade de sensibilidade (leitura do interlocutor) e de expressividade (expressar emoções)
- Compreender e aceitar as perspectivas e sentimentos do outro e transmitir essa compreensão

Calor humano

- Ter uma postura de disponibilidade
- Apresentar um tom de voz e expressões corporais adequadas

Ambiente Terapêutico

Cuidado

- Conteúdo orientado
- Satisfação de necessidades psico-sociais

Previdência

- Preparar momentos e espaços apropriados
- Integrar continuidade

Competência

- Demonstrar competência
- Promover desenvolvimento de confiança

Condição crítica do Cuidar

- Atuar perante a humanização
- Prevenir momentos de raposo
- Promover percepção da morte

Cuidar

Elaborado por:
Paula Nóbrega (Enfermeira, Graduada, aluna de mestrado de Mestrado profissional da UCI, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica)
Pedro Miguel Cordeiro (Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Referências Bibliográficas:

- HERRERA, Mariana S.; PONTES, Mariana; HERRERA, Nuno – Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, Porto Salvo, Universidade Fernando Pessoa, ISSN1646-0480, 8 (2008) pp. 358-366
- RODRI, A. Desafiando a torre de babel. Lisboa. Revista Nursing, (1993), 86 pp. 12-14
- ORDEN DOS ENFERMEIROS – Política de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Equipamento Conceptual e Estratégias Desdobradas. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 6 (Mar. 2001), p. 38-42.
- REGULAMENTO Nº124/0011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (em linha). Consultado a 30 de Abril de 2011. Disponível em <http://www.ordenenfermeiros.pt/legislacao/legislacao.asp?legislacao=124/0011>
- WATSON, Jean – Enfermagem: Pão-Moderne e Future: Um novo paradigma de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8385-97-1.



APÊNDICE X - Ação de sensibilização: “Comunicação de Más Notícias”

PLANO DE SESSÃO

UCI – HOSPITAL DA LUZ

TEMA: Comunicação de Más Notícias

Local: UCI da Luz


Data: 29/06/2011

Duração: 20 m

Formadores: Paula Nóbrega

População: Equipa de Saúde da UCI

Objectivo Geral:

 Sensibilização da equipa de saúde perante a transmissão de más notícias.

Objectivos Específicos:




- > Definição de “O que são as “Más Notícias”?
- > Apresentação de Questões e necessidades dos enfermeiros
- > Apresentação de Principais dificuldades
- > Apresentação de Protocolo de Comunicação de Más Notícias: SPIKES
- > Apresentação de Estratégias facilitadoras na comunicação de más notícias
- > Apresentação de Sugestões

Materiais e equipamentos utilizados:

 Computador portátil

Estratégia:

 Metodologia expositiva com participação activa dos formandos

Avaliação:

 Avaliação informativa da sessão, aplicação de questionários de avaliação.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE PORTUGUESAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Comunicação de Más Notícias na UCI

“O que é que receia em relação à sua situação?.. O que receia, especificamente, em relação à sua família?..”

“... ainda temos muito para fazer..”

“De acordo com o resultado dos exames...”

“... Oxalá que tal não suceda mas achamos que é melhor nos prepararmos para...”

“Receio que as notícias não sejam as melhores...”

“Estivemos a analisar o seu caso e infelizmente... Mas...”

“... A que atribui o seu mal estar?..”

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

ESPIRITO SANTO SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE PORTUGUESAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

> Objectivos

Objectivo Geral

- > Sensibilização da equipa de saúde perante a transmissão de más notícias

Objectivos Específicos

- > O que são as “Más Notícias”?
- > Questões e necessidades dos enfermeiros
- > Principais dificuldades
- > Protocolo de Comunicação de Más Notícias: SPIKES
- > Estratégias facilitadoras na comunicação de más notícias
- > Conclusão
- > Sugestões
- > Bibliografia

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

ESPIRITO SANTO SAÚDE

3

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> O que são as más notícias?



"O acto de dar notícias, tal como os tumores, pode ser **benigno** ou **maligno**. As notícias também podem ser **invasivas**, e os efeitos de uma **má comunicação** com o paciente podem **metastizar a família** deste. A **verdade** é um dos **agentes terapêuticos** mais poderosos que temos ao nosso dispor, mas mesmo assim temos que desenvolver uma **compreensão adequada da sua farmacologia clínica e reconhecer a ocasião e a dosagem óptimas para a sua administração**. De igual modo, necessitamos compreender os metabolismos intimamente associados entre a esperança e a negação" (Robert Twycross; 2001, p. 37)

Como qualquer informação que é transmitida ao utente/familiar/pessoa significativa e que é passível de alterar drasticamente a forma como este perspectiva o seu futuro, a partir desse momento. (BUCKMAN; 1984)

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Questões e necessidades dos enfermeiros

Questões

- > Onde devo dar a notícia? Existe um local próprio?
- > Como devo lidar com a ansiedade e o medo do cliente e/ou família?
- > Será que o cliente e/ou família percebem o que se passa?
- > Sinto-me frustrada(o), ansiosa(o), desmotivada(o) e insegura(o) com a situação. O que posso fazer para lidar com esta situação?
- > (...)

Necessidades

- > Formação – dotar os enfermeiros das ferramentas para identificar e reagir a potenciais situações de complexidade na comunicação de más notícias (e.g. compreender as reacções do cliente/família, habilidades de comunicação, identificar estratégias de coping, saber lidar e gerir as situações)
- > Estratégias – definir estratégias de abordagem à comunicação de más notícias (e.g. protocolo), garantindo a adequada transmissão, recepção, compreensão e feed-back da mensagem e, minimizando o impacto negativo da notícia.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Questões e necessidades dos enfermeiros



Questões

- > Onde devo dar a notícia? Existe um local próprio?
- > Como devo lidar com a ansiedade e o medo do cliente e/ou família?
- > Será que o cliente e/ou família percebem o que se passa?
- > Sinto-me frustrada(o), ansiosa(o), desmotivada(o) e insegura(o) com a situação. O que posso fazer para lidar com esta situação?
- > (...)

Necessidades

- > Formação – dotar os enfermeiros das ferramentas para identificar e reagir a potenciais situações de complexidade na comunicação de más notícias (e.g. compreender as reacções do cliente/família, habilidades de comunicação, identificar estratégias de coping, saber lidar e gerir as situações)
- > Estratégias – definir estratégias de abordagem à comunicação de más notícias (e.g. protocolo), garantindo a adequada transmissão, recepção, compreensão e feed-back da mensagem e, minimizando o impacto negativo da notícia.

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Principais dificuldades



Enfermeiro

- > Dor “Solidária” (e.g. Desconforto e angústia perante o outro)
- > Medo de ser responsabilizado
- > Falta de conhecimento específico
- > Medo da reacção do cliente/família
- > Conseguir dizer “Não sei...”
- > Medo de expressar emoções
- > Gestão dos próprios receios e medos (e.g. sentimentos e emoções associadas à doença, morte)

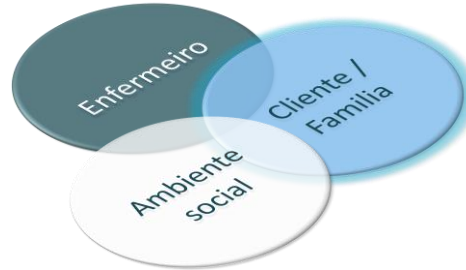


COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Principais dificuldades

Cliente / Família

- > Medo de morrer
- > Perda de independência
- > Perda de "status" social e familiar
- > Desconhecimento e medo da sintomatologia, dos efeitos secundários aos tratamentos
- > Coping ineficaz

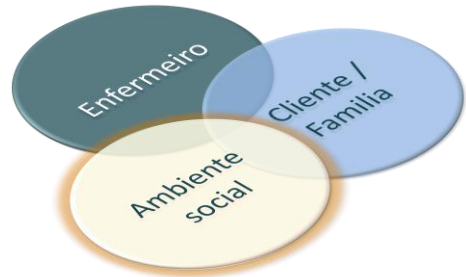


COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Principais dificuldades

Ambiente Social

- > Falta de exposição a situações semelhantes (e.g. protecção relativamente à realidade)
- > Expectativas elevadas relativamente às ciências médicas
- > Separação de bens materiais
- > Factores religiosos



COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> SPIKES




S **P** **I** **K** **E** **S**

Setting - Encontrar o ambiente adequado

Percepção - Entender o que o Cliente/Família já sabe

Invitation - Entender o que o Cliente/Família quer saber

Knowledge - Partilha de informações

Empathy - Responder às reacções, às emoções do Cliente/Família

Strategy & Summary – Resumir, planear e acompanhar


ESPIRITO SANTO SAÚDE

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

9

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS


> Conclusão



Estratégias facilitadoras na comunicação de más notícias:

- > **Preparação prévia e reflexiva,**
- > **Ambiente adequado,**
- > **Disponibilidade e privacidade,**
- > **Escuta activa, com clareza de linguagem verbal e não verbal,**
- > **Estratégias: “ tiro de aviso” e “dedos cruzados”,**
- > **Evitar comportamentos de distanciamento.**

- > **O processo de comunicar más notícias, é por si só um desafio para o profissional de saúde.**
- > **Implica o desenvolvimento e aperfeiçoamento de skills de comunicação**
- > **Não existem padrões pré-estabelecidos**
- > **É importante deixar claro, todas as intervenções, ainda, passíveis de serem realizadas; ajustando as informações cedidas às necessidades do cliente /família.**



TECNOLOGIA: TEMPO E ESPAÇO
FERRAMENTAS: ESCUTA E PALAVRA

ESPIRITO SANTO SAÚDE

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

16

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

**SUGESTÕES**

- > Realizar Reflexões Analíticas de Equipa Interdisciplinar
- > Utilizar Instrumentos de Apoio
- > Definir e Analisar Estratégias de actuação
- > Incentivar e Motivar a Formação nesta àrea

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS



Desejo que tenha sido
uma contribuição válida
para a prática

Obrigada!

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

> Bibliografia



- > BAILE, W; BUCKMAN, R.; Lenz, R. et al - Spikes – a Six -Step Protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000. 5:302-311.
- > BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- > BUCKMAN, R. – Communication in Palliative Care: A Practical Guide. In DOYLE, D.; HANKS, C.W. & MACDONALD, N. – **Oxford Textbook of Palliative Medicine** – 2.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 141-156. ISBN 0-19-263057-1.
- > BUCKMAN, R. – Breaking Bad News: why is it still so difficult? *British Medical Journal* [Em linha]. 288:6430. (1984) 1597-1599. [Consult. 6 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>. ISSN 0007-1447.
- > NEIL, Ruth M. – Jean Watson Filosofia e Ciência do Cuidar. In TOMEY, Ann Marriner; ALIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p.163-183. ISBN 972-8383-74-6.
- > NUNES, L.; AMARAL, M. & Gonçalves, R. – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
- > ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos**. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 6 (Mar. 2002). p. 39-42.
- > PEREIRA, M.A. – A Verdade e a Esperança na Comunicação de Más Notícias em Saúde – Opiniões e Perspectivas. *Enfermagem Oncológica*. Gondomar. ISSN 0873-5689. 7: 28, 29. (Out./Jan. de 2004). p. 34-39.
- > PTACEK, J.T. & EBERHARDT, T.L. – Breaking Bad News – A Review of the Literature. *Journal of the American Medical Association* [Em linha]. 276:6. (1996) 496-502. [Consult. 17 Out. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.jama.com>. ISSN 0007-1447.
- > QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena & NETO, Isabel G. – Comunicação. In BARBOSA, A. & NETO, Isabel G., ed. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- > TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 184 p. ISBN 972-796-001-4.

APÊNDICE XI - Avaliação da Ação de Sensibilização “Comunicação de Más Notícias”

Avaliação da Ação de Sensibilização de Comunicação de Más Notícias

De um modo geral, podemos afirmar que o conteúdo programático da ação de sensibilização foi adequado, de encontro às necessidades identificadas, como corroborado pelo interesse e utilidade para o desempenho profissional dos elementos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). (Gráfico 2 e Gráfico 3). As competências pedagógicas foram demonstradas e afirmadas perante a motivação da equipa para a utilização do protocolo apresentado, SPIKES e a efetiva contribuição para a melhoria dos conhecimentos daqueles profissionais na área da transmissão das más notícias. (Gráfico 1, Gráfico 4 e Gráfico 5). Estes aspetos foram enriquecidos com a discussão e reflexão, entre a equipa médica e de enfermagem, abordando situações concretas, durante a apresentação. Assim, a avaliação global da ação foi muito boa, cumprindo o seu objetivo, na sensibilização perante a temática, na efetivação da melhoria das práticas, complementada com estratégias de suporte aos profissionais. (Gráfico 6).

Gráfico 1. – Competências Pedagógicas

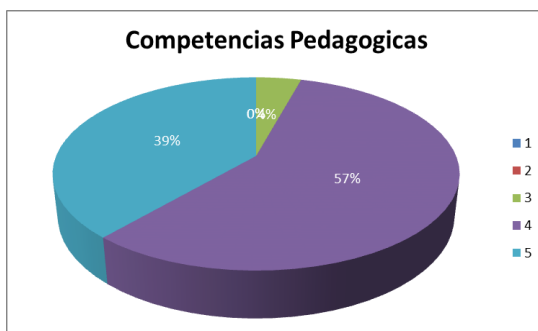


Gráfico 2. – Conteúdo Programático

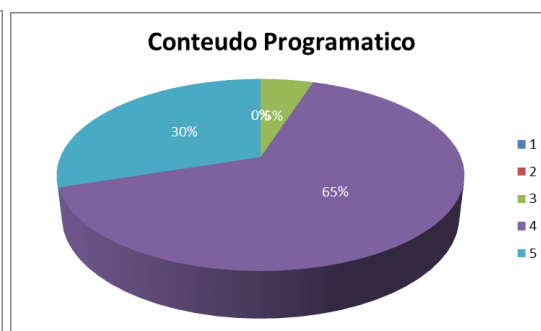


Gráfico 3. – De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?

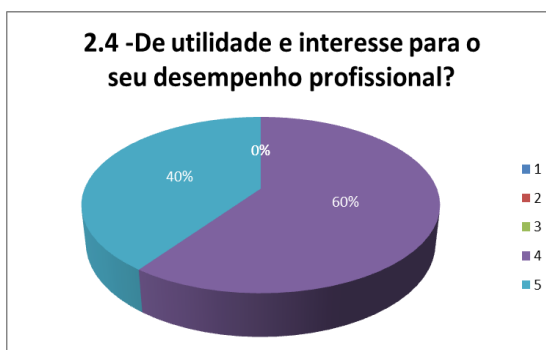


Gráfico 4. – Motivação da equipa para a utilização do protocolo SPIKES?



Gráfico 5. – Contribuição para a melhoria dos seus conhecimentos na área?

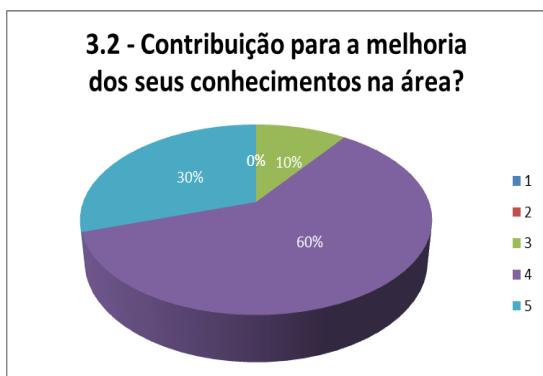
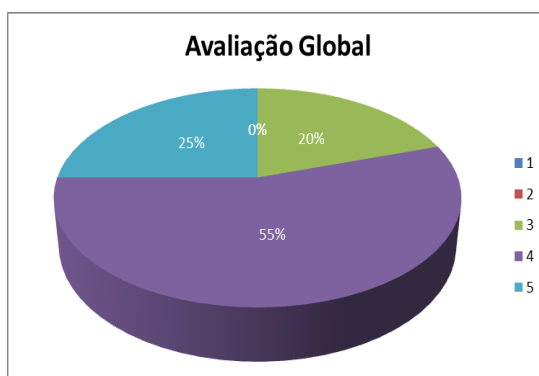


Gráfico 6. – Avaliação Global



APÊNDICE XII - Tapete de rato com o Protocolo SPIKES

Protocolo de Comunicação de Más Notícias
[SPIKES]

Setting
[Preparação, privacidade, disponibilidade, conforto e presença familiar/pessoa significativa]

Perception
[Entender a percepção pessoal do cliente e família/pessoa significativa sobre a situação clínica]

Invitation
[Perceber o que o cliente, e/ou família/pessoa significativa desejam saber]

Knowledge
[Transmitir a informação e conhecimentos, utilizando uma linguagem clara, acessível realista, gerir silêncios]

Empathy
[Responder às preocupações e sentimentos, emoções do cliente, família/pessoa significativa, ser empático, dar suporte]

Strategy & Summary
[Resumir, entender o grau de compreensão e estabelecer um plano para e com o cliente, família/pessoa significativa]

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP - 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Setting - Encontrar o ambiente adequado

Perception - Entender o que o Cliente/Família já sabe

Invitation - Entender o que o Cliente/Família quer saber

Knowledge - Partilha de informações

Empathy - Responder às reacções, às emoções do Cliente/Família

Strategy & Summary – Resumir, planear e acompanhar

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP - 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Pedro Carrapato | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

BIBLIOGRAFIA

- > BAILE, W; BUCKMAN, R.; Lenzi, R. et al - Spikes – a Six -Step Protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**. 2000. 5:302-311.
- > BUCKMAN, R. – Communication in Palliative Care: A Practical Guide. In DOYLE, D.; HANKS, C.W. & MACDONALD, N. – **Oxford Textbook of Palliative Medicine** – 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 141-156. ISBN 0-19-263057-1.
- > BUCKMAN, R. – Breaking Bad News: why is it still so difficult? **British Medical Journal** [Em linha]. 288:6430. (1984) 1597-1599. [Consult. 6 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>. ISSN 0007-1447.
- > PEREIRA, M.A. – A Verdade e a Esperança na Comunicação de Más Notícias em Saúde – Opiniões e Perspectivas. **Enfermagem Oncológica**. Gondomar. ISSN 0873-5689. 7: 28, 29. (Out./Jan. de 2004). p. 34-39.
- > PTACEK, J.T. & EBERHARDT, T.L. – Breaking Bad News – A Review of the Literature. **Journal of the American Medical Association** [Em linha]. 276:6. (1996) 496-502. [Consult. 17 Out. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.jama.com>. ISSN 0007-1447.
- > QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena & NETO, Isabel G. – Comunicação. In BARBOSA, A. & NETO, Isabel G., ed. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- > TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 1^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 184 p. ISBN 972-796-001-4.

APÊNDICE XIII - Cartaz “Princípios Éticos: O Essencial do “Saber Agir”

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP, 2011
Realizado por: Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

PRINCÍPIOS ÉTICOS: O ESSENCIAL DO "SABER AGIR"...

O diagrama apresenta quatro princípios éticos em círculos azuis, conectados por uma linha curva. Cada princípio é acompanhado de uma pergunta reflexiva:

- Beneficência**: "...que benefício trará ao Cliente?..."
- Autonomia**: "...qual o envolvimento do Cliente e Família, que permita a sua opinião consciente responsabilizada?"
- Justiça**: "...que implicações tal conduta terá perante os outros Clientes/Sociedade?.."
- Não Maleficência**: "...que danos tal medida poderá causar?.."

... um complemento reflexivo na Intervenção Terapêutica, na qual o profissional de saúde, pelas suas competências, contribui para a construção de um processo singular vivido dignamente...

BIBLIOGRAFIA
BARBOSA, A. & NETO, Isabel G., ed. - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-78. ISBN 978-972-9349-21-8
NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana - *Para uma ética da enfermagem : desafios*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE


APÊNDICE XIV - Ação de sensibilização “ANALISE DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT”

PLANO DE SESSÃO


UCP – HOSPITAL DA LUZ

TEMA: Análise e interpretação dos resultados da aplicação da Escala de Zarit	
Local: UCP da Luz	Data: 17/11/2011
Duração: 20 m	Formadores: Paula Nóbrega
População: Equipa Interdisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos	


Objectivo Geral:

 Sensibilização da equipa de saúde perante a análise e interpretação dos resultados da aplicação da Escala de Zarit

Objectivos Específicos:

- 
1. Sensibilizar a equipa de saúde para a aplicação sistemática da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit
 2. Partilhar os resultados da análise e interpretação de dados da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, desde Junho de 2011


Sumário:

- 
3. Definição de “Claudicação Familiar”
 4. Apresentação da Relevância da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, em Cuidados Paliativos
 5. Apresentação: Implementação da Escala de Zarit, na UCP – definição de População e amostra - identificação e operacionalização das variáveis
 6. Comunicação dos resultados: Análise de dados e Interpretação de resultados
 7. Limitações do estudo
 8. Conclusão
 9. Sugestões

Materiais e equipamentos utilizados:

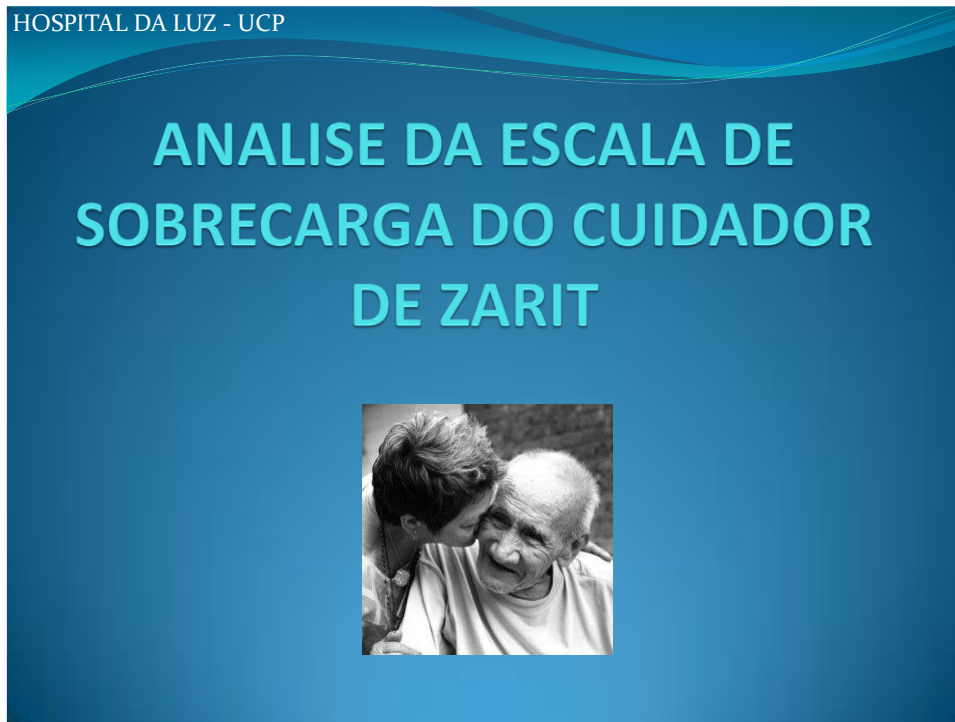
- 
- > Computador portátil
 - > Data Show

Estratégia:


 Metodologia expositiva com participação activa dos formandos.

Avaliação:

 Avaliação informativa da sessão.



HOSPITAL DA LUZ - UCP

 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Objectivos

Objectivo Geral

- > Sensibilização da equipa de saúde perante a implementação e análise da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Objectivos Específicos

- > Definição de Unidade receptora de cuidados
- > Definição de “Claudicação Familiar”
- > Apresentação da Relevância da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, em Cuidados Paliativos
- > Apresentação: Implementação da Escala de Zarit, na UCP – definição de População e amostra
 - identificação e operacionalização das variáveis
- > Comunicação dos resultados: Análise de dados e Interpretação de resultados
- > Limitações do estudo
- > Conclusão
- > Sugestões
- > Bibliografia

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

2

HOSPITAL DA LUZ - UCP

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Definições

- O **objectivo dos cuidados paliativos** é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família. A **família** deve ser **activamente incorporada nos cuidados** prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, **objecto de cuidados**, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber **apoio, informação e instrução** da equipa prestadora de cuidados paliativos.”
(Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos; 2004; p4).
- **Claudicação familiar** pode definir-se como, “uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplos pedidos e necessidades do utente.” (GORT; 2003; p.132).

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

3

HOSPITAL DA LUZ - UCP


INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relevância da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, em Cuidados Paliativos



Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

4

HOSPITAL DA LUZ - UCP 

Análise da Implementação da Escala de Zarit, na UCP

De acordo com a finalidade e objectivos do presente trabalho, foi realizado um estudo de natureza quantitativa, que permitisse obter, organizar e analisar dados, através da avaliação do instrumento – escala de sobrecarga do cuidador de zarit – e técnicas de pesquisa.

Sendo que o Score de sobrecarga se define como: (GORT, Ana et al, 2003;2005)


Zarit < 17	Ausência de Sobrecarga
Zarit ≥ 17	Existência de Sobrecarga

Tabela 1. – score de sobrecarga

Sendo a escala constituída por 7 asserções, com escala tipo likert (pontuação de 1-5), de auto-preenchimento. Apresenta uma caracterização sumária do cuidador no seu cabeçalho.

- População alvo
- Processo de amostragem
- Tratamento de dados

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
 Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

HOSPITAL DA LUZ - UCP 

Variáveis operacionalizadas

ESAS - utente (ingresso)	Índice de Barthel	Índice de Karnofsky	Sexo
Idade	Relação/Grau de Parentesco	Habilitações Literárias	Actividade Profissional
Encargos Familiares	Apoio na prestação de cuidados	Tempo de prestação de cuidados	Intervenção de Equipa
Reavaliação	Claudicação familiar	Zarit [1-7]	Zarit Total

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
 Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

Análise de dados e Interpretação de resultados

- Caracterização da amostra

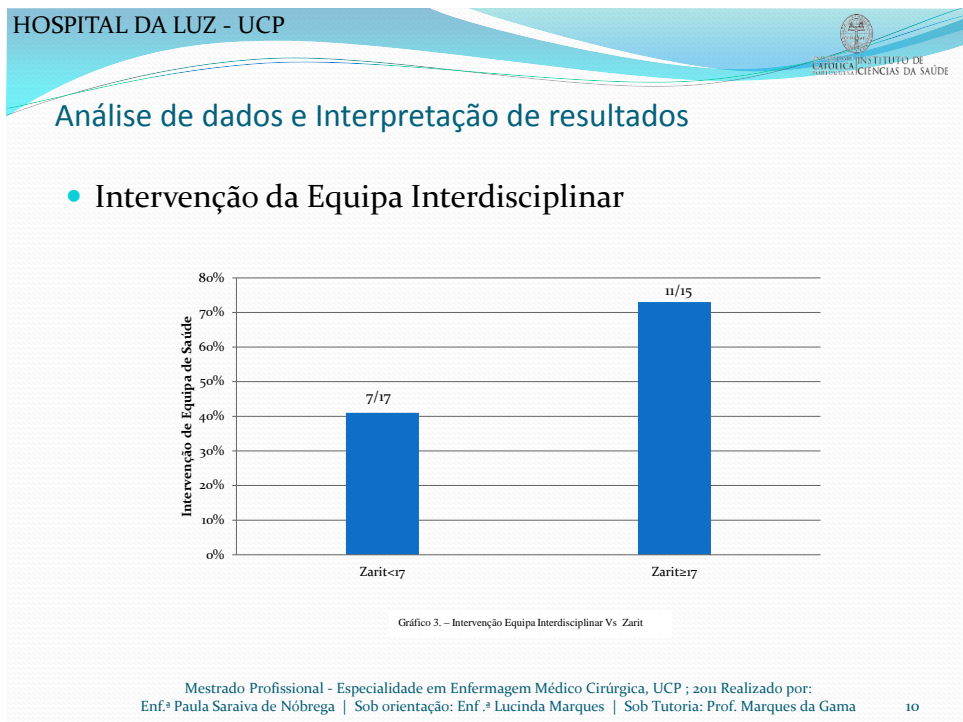
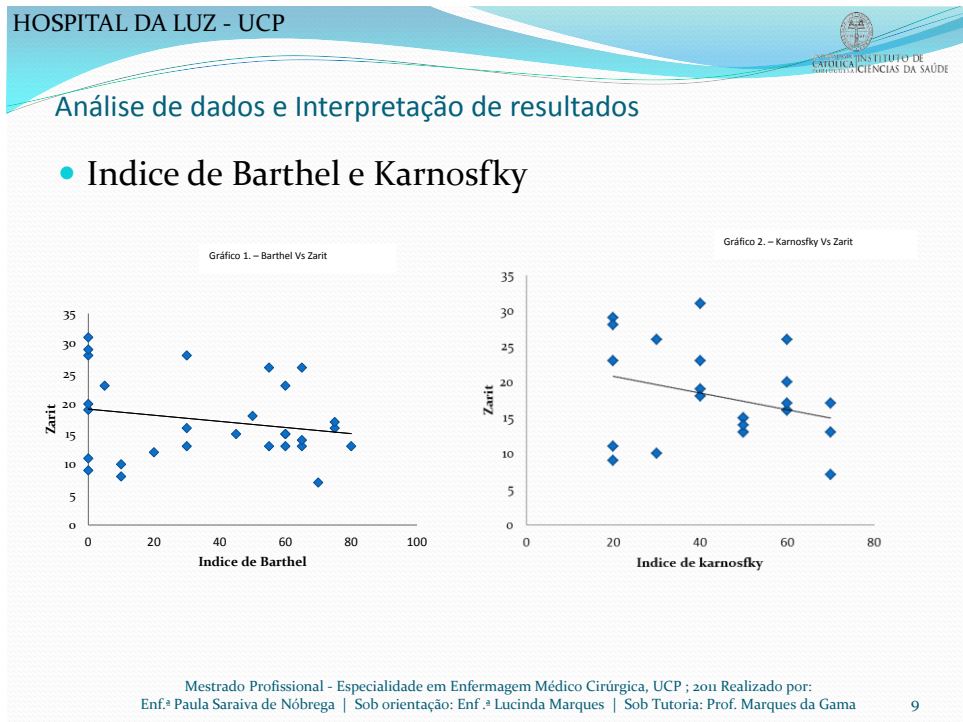


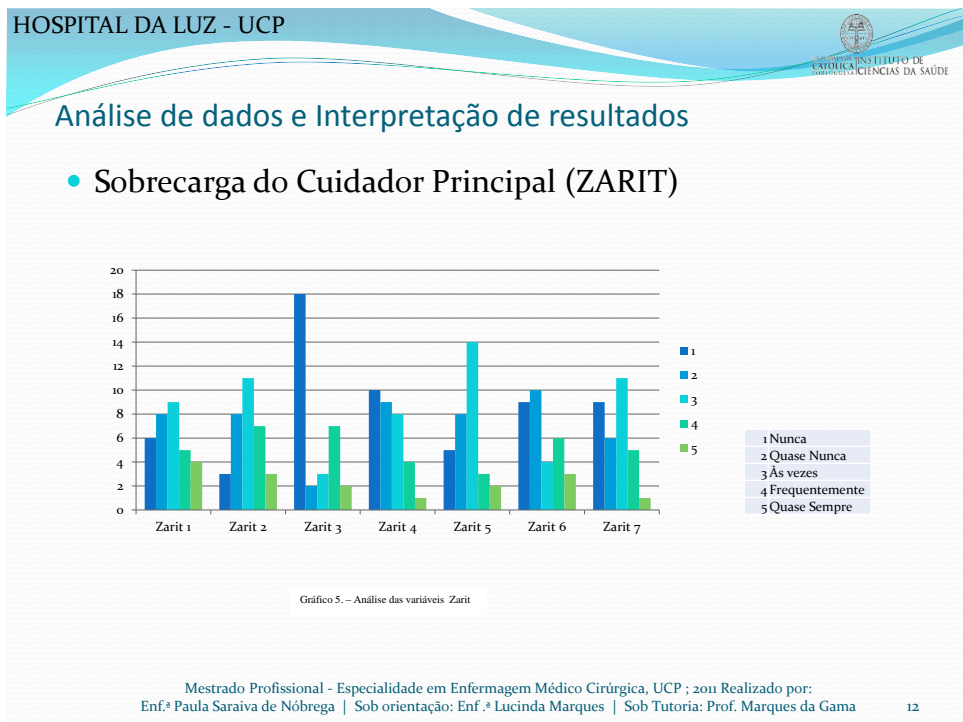
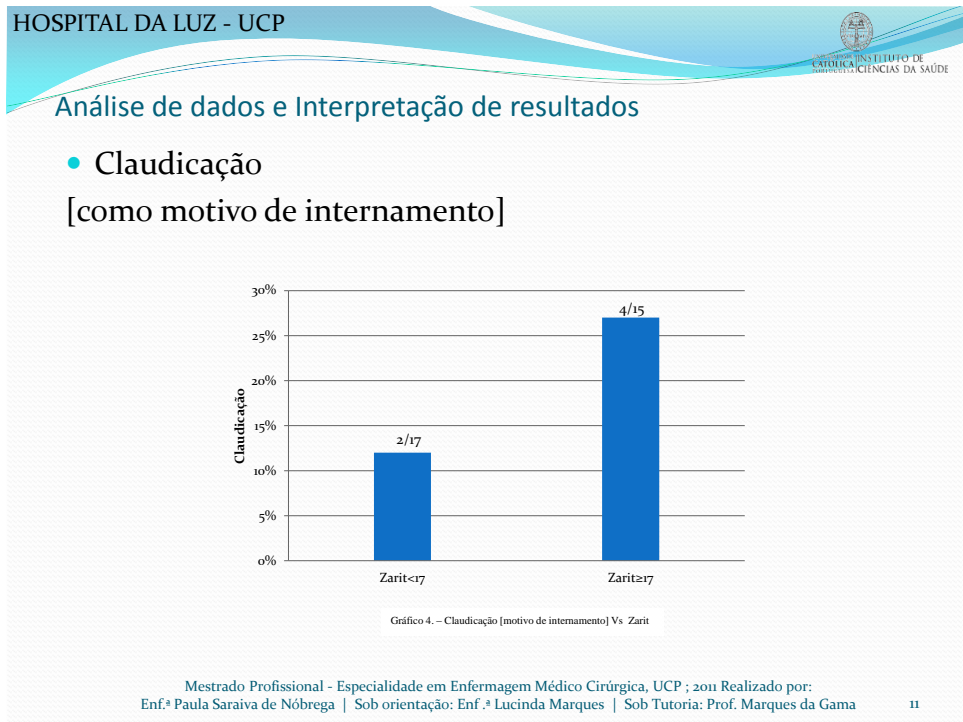
- Sujeito maioritariamente do sexo feminino
- Cônjuge ou descendente de primeiro grau da pessoa cuidada
- Idade média [54.1 - 57.7] anos
- Habilitações literárias, situam-se, primordialmente no primeiro e terceiro ciclo do ensino básico.
- O tempo de prestação de cuidados, apresenta uma média igual ou superior a 12 meses.
- O apoio na prestação de cuidados (recursos familiares/sociais/económicos) e encargos familiares

Análise de dados e Interpretação de resultados

- Controlo sintomático



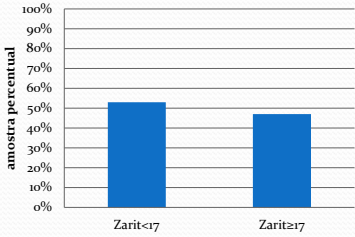




HOSPITAL DA LUZ - UCP

ANÁLISE DE DADOS E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

• Sobrecarga do Cuidador Principal (ZARIT)
[Avaliação global]



Categoria	Amostra percentual
Zarit<17	~55%
Zarit≥17	~48%

Gráfico 6. – Amostra percentual global Vs Zarit

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

13


HOSPITAL DA LUZ - UCP

LIMITAÇÕES/PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Susceptibilidade em relação à não conformidade dos cuidados prestados vs registos realizados – diminuta informação a nível da identificação de cuidador principal, da avaliação da sua sobrecarga, da intervenção preconizada e sua reavaliação.
- Não reavaliação da escala, que de momento, limita a avaliação da evolução/intervenção processual e a validação dos cuidados prestados.
- Amostra não extrapolável.

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama


14

HOSPITAL DA LUZ - UCP 

Sugestões

- Caracterização do cuidador principal: actividade profissional, encargos familiares, apoio na prestação de cuidados e tempo de prestação de cuidados. Incluí-los na folha de rosto da Zarit, estruturado na 1ª parte do questionário;
- Proposta de aplicação no Soarian, a concretizar quando detectada sobrecarga, apresentando sugestões de intervenção ;
- Proposta de avaliação da escala de zarit, também, ao cuidador principal do cliente, que ingressa de outros serviços, instituições e/ou lares;
- Proposta de reavaliação da escala de zarit, ao 10º dia, de forma a garantir fiabilidade das respostas e uma avaliação processual;

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama 15

HOSPITAL DA LUZ - UCP 

Sugestões

- Aplicação pela equipa interdisciplinar (enfermeiro/médico/psicóloga), organizado em prol da disponibilidade do respectivo elemento da equipa/cuidador principal (objectivar o elemento seleccionado);
- Proporcionar momentos de reflexão e análise relativamente às condicionantes da aplicabilidade da escala de Zarit na população da UCP e aos contributos da mesma perante a praxis;
- Direcctionar estratégias que motivem os elementos a estar mais despertos para a realização da Escala de Zarit – oferta de pastas de mola para colocação das folhas de processo/terapêutica dos clientes, com autocolante a reforçar o uso de EZ;
- Realização de estudos posteriores que permitam analisar estes processos mais aprofundadamente e com uma amostra representativa de forma a obter levantamento de dados e otimizar a sua análise e interpretação.

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama 16

Bibliografia

- BACHNER, Y.G., O'ROURKE, N. - Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**. Vol.6. Novembro. 2007. pp. 678-685.
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04. [em linha] [consultado a 4 de Novembro de 2011]. Disponível em : [Plano Nacional CP - Circular Normativa \(DGS 13-7-2004\).pdf](#)
- FERREIRA, Fátima - Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. **Cadernos de Saúde**. Vol.2. nº1. 2010. pp.67-88.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Adalgiza; LARANJEIRA, Adelaide et al - Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**. Vol.3. nº2. 2010. pp.13-19.
- GIL, Mª Jesus López; RÁMON, Orueta Sánchez; GÓMEZ-CARO, Samuel et al - El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica de Medicina Familiar**. Vol.7. 2009. pp.332-9.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al - Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.4. Fevereiro. 2003. pp.132-3.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al - Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.17. 2005. pp.651-3.
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana - **Para uma ética da enfermagem : desafios**. Coimbra : Gráfica de Coimbra. 2004. ISBN 972-603-326-8.
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz - Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Referência**. II Série-n.º12. Março. 2010. pp.9-16.

Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
 Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

17

**Desejo que
 tenha sido
 uma
 contribuição
 válida para a
 prática**

OBRIGADA!!



Mestrado Profissional - Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica, UCP ; 2011 Realizado por:
 Enf.ª Paula Saraiva de Nóbrega | Sob orientação: Enf.ª Lucinda Marques | Sob Tutoria: Prof. Marques da Gama

18

APÊNDICE XV - Análise dos resultados da aplicação da Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit

Análise dos resultados da aplicabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital da Luz [Maio- Outubro, 2011]

A Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit é aplicada na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), pelos enfermeiros, desde maio de 2011. Após identificação da premência da sua avaliação e da leitura de algumas suscetibilidades, foram implementadas iniciativas, com o intuito de validar a sua interpretação e efetivar a resolução de problemas, pelo desenvolvimento e apresentação de estratégias, incorporando na prática resultados de investigação válidos e relevantes no contexto da especialização, assim como outras evidências, através de estudos de investigação pesquisados, partilhados e implementados na avaliação da escala e estratégias realizadas. Como tal, no âmbito das necessidades formativas, foi realizada uma ação de sensibilização em Journal Club na UCP, onde foi apresentada a Análise e interpretação dos resultados da aplicação da Escala de Zarit (EZ), que espelha o trabalho realizado.

Assim sendo, salientam-se dois conceitos importantes, **“O objetivo dos cuidados paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família.** A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos.” (Direção-Geral da Saúde, 2004, p.4). A claudicação familiar pode definir-se como “uma situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplos pedidos e necessidades do utente.” (GORT, 2003, p.132). É, assim, imprescindível cuidar a família/pessoa significativa e fundamental não só desenvolver estratégias de apoio e suporte, mas também, avaliar e analisar a existência de claudicação familiar, com rigor científico, adequando estratégias de intervenção e avaliando as mesmas, como fim último almejando a diminuição ou ausência de claudicação numa ótica de excelência de cuidados.

A Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, é o instrumento de avaliação de sobrecarga mais utilizado a nível internacional, apresenta um constructo multidimensional (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e perceção de autoeficácia) (SEQUEIRA, 2010). Neste trabalho é utilizada a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit reduzida em Cuidados Paliativos, validada como um instrumento robusto de diagnóstico de claudicação familiar (presente se Zarit total ≥ 17), pela sua fácil aplicação, alta sensibilidade e especificidade. Foram mantidas as dimensões de sobrecarga, autocuidado e perda do papel

social/familiar, sem prejuízo de informação obtida, visto manterem-se as dimensões de maior relevância em Cuidados Paliativos. (GORT, 2005). É essencial perante a avaliação da claudicação familiar – seu diagnóstico, quantificação, intervenção e reavaliação -, por forma a permitir uma intervenção integral na unidade recetora de cuidados – cliente/família – com qualidade e dignidade. Concomitantemente, permitirá a avaliação da eficácia da intervenção da equipa interdisciplinar, percecionando a evolução da claudicação durante o período de internamento na UCP, conferindo visibilidade aos cuidados prestados.

As atualizações constantes regulam e fundamentam o saber da experiência. A investigação é uma atitude ontica, faz parte da essência do enfermeiro, pois é através dos seus contributos que a profissão avança. (BENNER, 2001; WATSON, 2002; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, 2006).

Este trabalho tem por *objetivos*: analisar os resultados da aplicabilidade da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, pelos enfermeiros da UCP, de Maio a Outubro de 2011; explorar, descrever e validar a sua interpretação. Tem por *finalidade*: verificar a existência de suscetibilidades, efetivar a resolução de suscetibilidades identificadas, pelo desenvolvimento e apresentação de estratégias, incorporando na prática resultados de investigação válidos e relevantes no contexto de sobrecarga do cuidador principal. Sublinho a sua relevância perante o impacto direto no apoio à família, pilar fundamental dos cuidados paliativos.

De acordo com a finalidade e objetivos deste trabalho, realizei um estudo de natureza quantitativa, que me permitiu obter, organizar e analisar dados, através da avaliação do instrumento – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit – e técnicas de pesquisa.

Sendo que o Score de sobrecarga se define como GORT [et al] (2003, 2005):

Zarit < 17	Ausência de Sobrecarga
Zarit ≥ 17	Existência de Sobrecarga

A escala de autopreenchimento é constituída por 7 asserções, com escala tipo *likert* (pontuação de 1-5). Apresenta uma caracterização sumária do cuidador no seu cabeçalho.

A autorização para observação participativa e consulta de processos foi obtida junto da instituição, na pessoa da Sr.^a Enfermeira Diretora, Sr.^a Enfermeira Chefe e Sr.^a Diretora Clínica da Unidade de Cuidados Paliativos. Permitindo a identificação “vivencial” dos recursos e significações do cuidador principal.

A população alvo foram os cuidadores principais dos clientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos.

O processo de amostragem foi não probabilística, selecionando todos os cuidadores principais dos clientes admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos, no período de 01/06/2011 a 31/10/2011, vindos do domicílio, totalizando 32 cuidadores principais.

Os dados foram submetidos a tratamento manual e informático, com recurso a estatística descritiva, com suporte base excel. Assim, numa fase inicial foi construída uma base de dados que permitisse recolher os seguintes dados: sócio-demográficos, encargos e meios de suporte do cuidador; avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), de capacidade funcional (Karnofsky) e grau de dependência (Barthel) do cliente; existência de Claudicação como motivo de internamento; intervenção da equipa interdisciplinar e análise individual e global da escala aplicada [ESAS - cliente (ingresso), I. Barthel e Karnofsky do cliente; Género, Idade, Relação/Parentesco, Habilitações Literárias, Atividade Profissional, Encargos Familiares, Apoio na prestação de cuidados, Tempo de prestação de cuidados, do Cuidador; Intervenção de equipa interdisciplinar (sendo avaliada a intervenção de Enfermagem, médica e da psicóloga), Reavaliação; Claudicação familiar; Zarit 1, Zarit 2, Zarit 3, Zarit 4, Zarit 5, Zarit 6, Zarit 7 e Zarit total]. As variáveis acima descritas decorrem da análise de literatura pertinente: pesquisa bibliográfica com revisão científica e estudos de investigação.

Caracterização da Amostra

De acordo com a literatura, o cuidador caracteriza-se essencialmente como sujeito do género feminino e com idade média entre 54.1 e 57.7 anos, apresentando extremos entre 22 e 80 anos, cônjuge ou descendente de primeiro grau da pessoa cuidada. Em relação às habilitações literárias, situam-se, primordialmente no primeiro e terceiro ciclo do ensino básico. As informações obtidas relativamente à atividade profissional são díspares, apresentando-se os sujeitos maioritariamente no ativo e a exercer atividade profissional no setor terciário. O tempo de prestação de cuidados apresenta uma média igual ou superior a 12 meses. Sendo reforçado por diversos autores, GORT [et al] (2003, 2005); CASTILLO [et al] (2008); GIL [et al] (2009); FERREIRA (2010); FERREIRA [et al] (2010), que um acompanhamento prolongado poderá levar à ocorrência de sobrecarga do cuidador e, que o apoio na prestação de cuidados (recursos familiares, sociais e económicos) e os encargos familiares são duas variáveis importantes que nos permitem fazer a leitura do reajuste de papéis quando se assume a função de cuidar. Da amostra estudada constituída por 32 cuidadores principais, os dados obtidos em relação às variáveis género e relação/grau de parentesco confirmam o descrito pela literatura. GORT [et al] (2003, 2005); CASTILLO [et al] (2008); GIL [et al] (2009); FERREIRA (2010); FERREIRA [et al] (2010). Contudo, não foi realizada avaliação/registo em relação às seguintes variáveis: idade, habilitações literárias, atividade profissional, encargos familiares, apoio na prestação de cuidados e tempo de prestação de cuidados. Surge por inerência a dificuldade em apreendermos os recursos disponíveis, por parte do cuidador principal, que possam ser trabalhados e enfatizados durante o internamento e na preparação para a alta

hospitalar. Pelo que, por considerar de elevada importância o levantamento destes dados (essencialmente os últimos 4 itens), como corroborado pela revisão de literatura científica, já citada, os quais se encontram implícitos na caracterização da sobrecarga do cuidador, penso que seria relevante incluí-los na folha de rosto da Zarit, permitindo uma colheita de dados e caracterização mais completa, assertiva e uniformizada e, inerentemente uma intervenção mais direcionada. “Qualquer medida de avaliação de sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores deve integrar as tarefas do cuidar e as características do cuidador.” (FERREIRA, 2010, p.80)

Análise dos Resultados

Ao analisar o “controlo sintomático”, apenas foram detetados 2 clientes com todos os sintomas controlados, na sua admissão, não sendo possível uma análise de sintomatologia individual devido à sua elevada diversidade categórica e numérica. No entanto, aquele não é possível correlacionar com a avaliação de sobrecarga do cuidador de Zarit, uma vez que apresentam resultados em pólos opostos. Pelo que seria interessante uma amostra maior, de modo a possibilitar uma correlação. De acordo com a bibliografia consultada, o controlo sintomático avaliado no ato de ingresso não influencia na sobrecarga na escala de Zarit. GORT [et al] (2003).

Gráfico 1. – Karnofsky Vs Zarit

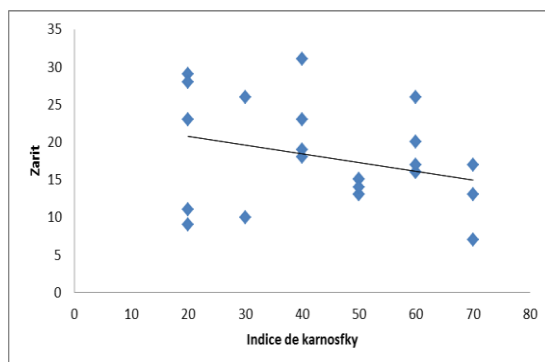
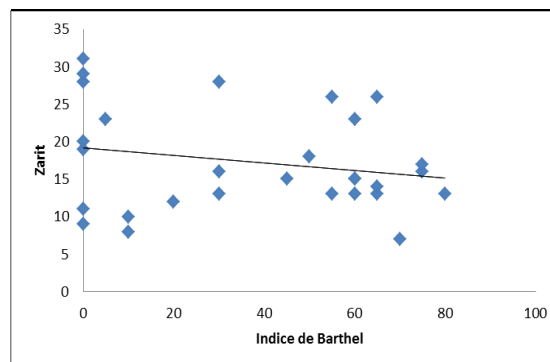


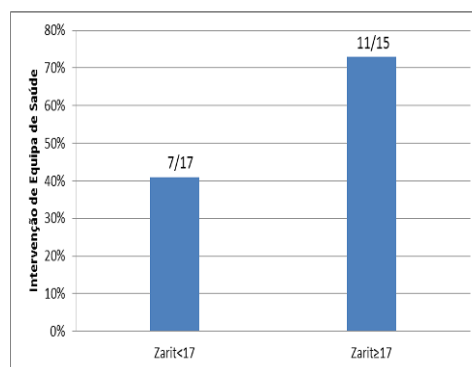
Gráfico 2. – Barthel Vs Zarit



Em relação ao Índice de Barthel e de Karnofsky, quanto maior o grau de dependência e menor o nível de autonomia funcional, respetivamente, maior o nível de sobrecarga do cuidador de Zarit. Contudo, o declive é pouco acentuado, pelo que provavelmente a correlação será pouco significativa, ou seja, será apenas uma tendência. Como exemplo, se nos focarmos nos clientes com Índice de Karnofsky C20, existe uma grande variabilidade de sobrecarga de Zarit. Relativamente ao Índice de Barthel, se nos focarmos no grau de dependência total (0), existe sobrecarga, todavia esta denota-se, após um hiato, de modo semelhante, no grau de

dependência moderado (Gráficos 1 e 2). Ressalvo, ainda, a identificação de possíveis parcialidades na amostra, uma vez que existiram avaliações de sobrecarga de Zarit sem correspondentes Índice de Barthel e de Karnofsky avaliados. Pelo que seria interessante aumentar o número da amostra, de modo a perceber se a tendência é significativa. De acordo com os estudos realizados, observa-se uma tendência de sobrecarga na escala de Zarit em clientes com Índice de Barthel elevado (menor dependência). Inversamente ao que ocorre nos clientes com demência, o aumento do grau de dependência não influi na claudicação do cuidador. GORT [et al] (2003, 2005).

Gráfico 3. – Intervenção Equipa Interdisciplinar Vs Zarit

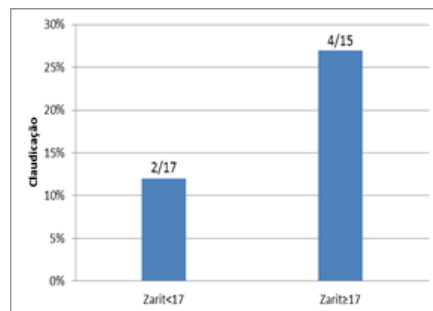


No que se refere à Intervenção da Equipa Interdisciplinar, aqui caracterizada pela equipa de Enfermagem, Médica e Psicóloga (foi realizada avaliação dos registos e observação participativa), existe uma intervenção quantitativamente superior perante os cuidadores que se encontram em claudicação, como seria expectável. Contudo, qualitativamente, considero muito importante salientar a relevância da abordagem direcionada ao cuidador principal, à identificação, quantificação, avaliação, intervenção e reavaliação do seu índice de sobrecarga. Concretizando a sua realização através de registos – de enfermagem, clínicos (diário médico e acompanhamento psicológico) que deem visibilidade dos cuidados que prestamos. De forma a permitir um cuidar validado e uniformizado, deixo como sugestão uma aplicação no Soarian, a concretizar quando o mesmo detetasse sobrecarga, apresentando sugestões de intervenção, tal como nas restantes escalas avaliadas. Apesar desta escala ser entregue pelo enfermeiro (o que penso que não terá que ser linear, sendo sugerido à equipa que tal seja organizado em prol da disponibilidade do respetivo elemento/cuidador principal), toda a restante equipa tem acesso ao seu resultado, pelo que é esperado que seja desenvolvido um trabalho em equipe, desde o seu diagnóstico até à sua contínua reavaliação, sempre que tal se aplique. É necessário consciencializar a equipa para o suporte científico e validado deste instrumento. O processo de cuidar resulta de uma intencionalidade, de uma intervenção, maximizando a satisfação das necessidades do cuidador, valorizando-as e hierarquizando-as, de modo a

poder resolvê-las como prioridades e assim diminuir a sua sobrecarga/clauidicação. É importante habilitar o cuidador a responsabilizar-se pelas opções tomadas e envolvê-lo no processo de cuidados. O suporte deve ser intensificado e adequado às alterações inerentes ao processo da situação clínica. Tais intervenções só serão concretizáveis através de uma equipa interdisciplinar. (Gráfico 3).

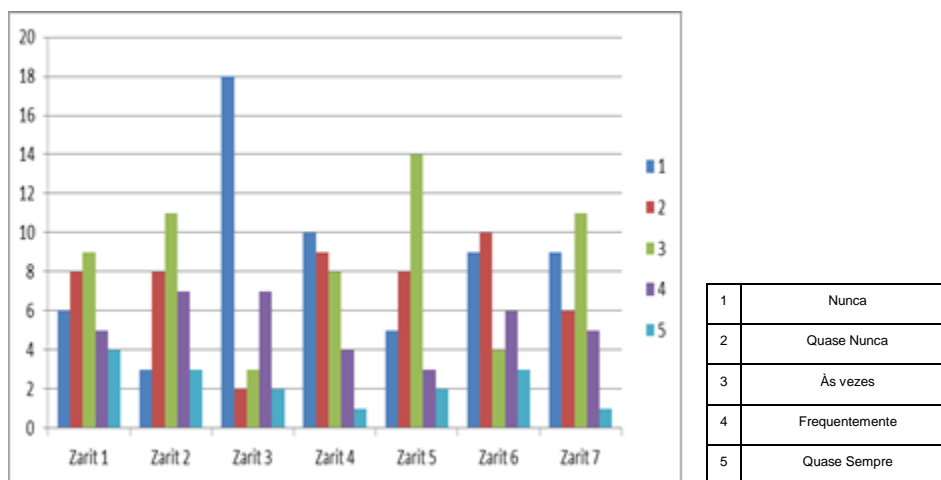
Em conformidade com a bibliografia revista, GORT [et al] (2003); BACHNER e O'ROURKE (2007), o internamento numa unidade de cuidados paliativos diminui signitivamente o indice de sobrecarga do cuidador, reforçando que a escala deverá ser reavaliada com um período de intervalo de 10 dias, de forma a garantir fiabilidade das respostas. É imprescindível que existam referências de reavaliação, não só porque são inerentes às intervenções que realizamos e nos permitem conduzir o nosso cuidar, mas também porque refletem o processo evolutivo da claudicação do cuidador e dão visibilidade aos cuidados prestados ao longo do período de internamento.

Gráfico 4. – Claudicação [motivo de internamento] Vs Zarit



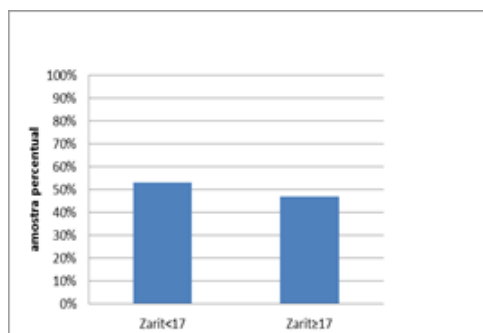
No que concerne à Claudicação, como motivo de internamento, de um modo geral, implica sobrecarga na escala de Zarit, porém existem algumas situações de não concordância, ou seja, motivo de internamento de claudicação na ausência de sobrecarga na escala de Zarit. De acordo com a bibliografia consultada, no que concerne à Claudicação, como motivo de internamento, foram observados scores de sobrecarga leve e severa, itens passíveis de discriminar apenas na escala de Zarit de 22 itens, sendo que os valores de ausência de sobrecarga, na amostra estudada, se encontram perto do limiar de sobrecarga ($Zarit \geq 17$), o que sugere uma aproximação ao referido pela literatura (Gráfico 4), GORT [et al] (2003, 2005). Contudo, como não poderá ser confirmado, sugiro e considero que seria de grande interesse analisar estes processos mais aprofundadamente de forma a efetuar um adequado levantamento e otimizar a sua análise e interpretação. A Claudicação, como motivo de internamento, na amostra estudada, foi pouco frequente (6/32).

Gráfico 5. – Análise das variáveis Zarit



Relativamente à avaliação da Sobrecarga do Cuidador Principal (Zarit), através das variáveis que operacionalizam a sua quantificação, esta é evidenciada nas seguintes vertentes: sensação de angústia/stress pela mudança de papéis e inerente acréscimo de responsabilidades (Zarit2); afeição do autocuidado, da sua saúde (Zarit5); sensação de sobrecarga experienciada pelo cuidador principal (Zarit7). Esta constatação encontra-se em concordância com os estudos de investigação realizados, GORT [et al] (2003, 2005); FERREIRA (2010); FERREIRA [et al] (2010), contudo, ao contrário do referido na literatura, a sensação de perda do papel social e familiar na assumpção do papel de cuidador, maioritariamente, não se verifica (Zarit3). (FERREIRA, 2010, p.80). Mais uma vez se denotam variáveis importantes, passíveis de ser colhidas na caracterização do cuidador, como sugerido anteriormente (Gráfico 5).

Gráfico 6. Distribuição da amostra global Vs Zarit



Sendo de realçar que 47% dos cuidadores principais, da amostra estudada, se encontram em sobrecarga, quando da admissão do cliente. Pelo que mais uma vez se denota a necessidade e importância da intervenção da equipa interdisciplinar, sua reavaliação e registo (Gráfico 6).

Limitações / Principais dificuldades

Na realização deste estudo reconheço algumas limitações, tais como:

- Suscetibilidade em relação à não conformidade dos cuidados prestados *versus* registos realizados – diminuta informação a nível da caracterização de cuidador principal, da avaliação da sua sobrecarga, da intervenção preconizada e sua reavaliação.
- Não reavaliação da escala, que de momento, limita a avaliação da evolução/intervenção processual e a validação dos cuidados prestados.
- Amostra é pequena não permitindo, por isso, inferências.

Como aspeto menos positivo apenas gostaria de referir a demora no acesso aos dados solicitados, facto que condicionou o trabalho na sua linha temporal.

Sugestões

- Proposta de caracterização do cuidador principal relativamente aos seguintes aspetos: atividade profissional, encargos familiares, apoio na prestação de cuidados e tempo de prestação de cuidados.
- Proposta de inclusão da caracterização do cuidador principal na folha de rosto da Zarit, estruturado na 1ª parte do questionário;
- Proposta de aplicação no Soarian, a concretizar quando detetada sobrecarga, apresentando sugestões de intervenção ;
- Proposta de avaliação da escala de Zarit, também, ao cuidador principal do cliente que ingressa, proveniente de outros serviços, instituições e/ou lares;
- Proposta de reavaliação da escala de Zarit, ao 10º dia, de forma a garantir fiabilidade das respostas e uma avaliação processual;
- Aplicação pela equipa interdisciplinar (enfermeiro/médico/psicóloga), organizada em prol da disponibilidade do respetivo elemento da equipa/cuidador principal (objetivar o elemento selecionado);
- Proporcionar momentos de reflexão e análise relativamente às condicionantes da aplicabilidade da escala de Zarit na população da UCP e aos contributos da mesma perante a praxis;
- Direcionar estratégias que motivem os elementos a estar mais despertos para a realização da Escala de Zarit – oferta de pastas de mola para colocação das folhas de processo/terapêutica dos clientes, com autocolante a reforçar o uso de EZ;

- Realização de estudos posteriores que permitam analisar estes processos mais aprofundadamente e com uma amostra representativa de forma a obter levantamento de dados e otimizar a sua análise e interpretação.

Após estas reflexões e sugestões, apenas acrescento que o desenvolvimento do conhecimento, indubitavelmente aliado ao desenvolvimento e registo de competências, “ (...) consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, (...)” (BENNER, 2001, p.32). No decurso deste objetivo, considero ter contribuído de forma válida para a prática, que advém da evidência de resultados de investigação relevantes na área da especialidade em enfermagem e que desejo seja transposta para a praxis desta Unidade.

Acrescento, ainda, que durante e após a apresentação dos resultados deste estudo, foi notório o elevado interesse e receptividade por parte da Coordenação de Enfermagem e restante equipa. As sugestões apresentadas foram refletidas em equipa no final da apresentação.

Foi solicitada, pela Enfermeira Chefe, a realização de dois novos documentos:

- Questionário de Escala de Sobrecarga de Zarit a aplicar aos cuidadores, que incluisse na caracterização do cuidador principal: a atividade profissional, os encargos familiares, o apoio na prestação de cuidados e o tempo de prestação de cuidados.
- Sugestões de intervenção a concretizar quando detetada sobrecarga no registo em aplicação do Soarian.

Estes documentos foram elaborados e entregues à Enfermeira Chefe com intuito da sua revisão, aprovação e aplicação no ano de 2012. São documentos de fácil e rápido preenchimento e leitura, tendo sido considerado especificamente na sua construção. Fomentam, também, a relevância dos registos de enfermagem e contribuem para a visibilidade da profissão.

A Proposta de avaliação da Escala de Zarit, simultaneamente, ao cuidador principal do cliente que ingressa, proveniente de outros serviços, instituições e/ou lares e, da sua reavaliação ao 10º dia, foram também consideradas e validadas como ferramentas a aplicar no ano de 2012.

Após auscultação da equipa, foi aceite a proposta da aplicação da escala de Zarit, pela psicóloga, como fase experimental, em 2012, com o objetivo desta constituir uma forma adjuvante no início de uma relação interpessoal Psicóloga/Cuidador Principal.

Foram desenvolvidas estratégias com a intenção de fomentar a sensibilização para a realização da Escala de Zarit – oferta de pastas de mola para colocação das folhas de processo/terapêutica dos clientes, com autocolante a reforçar o uso de EZ. Estas tiveram

elevada aceitação por parte da equipa, tendo-se iniciado a sua implementação no decorrer do respetivo turno.

No que concerne à realização de estudos posteriores, encontra-se neste momento uma enfermeira desta Unidade a realizar formação avançada em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual dará continuidade à pesquisa e investigação nesta área.

Considero que a formação/ação de sensibilização realizada, juntamente com os dois últimos pontos mencionados, são uma matriz, uma força propulsora para momentos de reflexão e análise relativamente às condicionantes da aplicabilidade da escala de Zarit na população da UCP e aos contributos da mesma perante a praxis.

Foi muito importante partir de uma necessidade sentida, auscultada à equipa e como tal, sentir o seu envolvimento, sendo as críticas consideradas como um constructo positivo. A receptividade e aceitação das sugestões foi deveras gratificante, sendo que a Enfermeira Chefe demonstrou elevado interesse e empenho em realizar efetivamente a sua aplicação no ano de 2012. De onde emerge o reconhecimento de aquisição de competências, versando a identificação, interpretação, compreensão e análise das significações e recursos do cuidador principal, cujo sentido confere importância à relação de ajuda/auxílio a desenvolver entre este e a equipa de saúde. Assim, cada vez mais podemos confirmar, ler a teoria através da prática. Concomitantemente, em diversos momentos de formação informal, da equipa inter e multidisciplinar, foram analisadas e refletidas várias situações de claudicação e possíveis e adequadas intervenções a concretizar. Conduzindo à reflexão da pertinência, impacto e ganhos em saúde.

Na área da Formação, por parte da Coordenação de Enfermagem, é legitimamente perceptível a fomentação de formação contínua, formação interna e externa, como: participação em cursos, congressos e áreas de investigação. É igualmente fomentada a formação avançada. Apesar de valorizado o mestrado em Cuidados Paliativos, no ano corrente, revejo com satisfação a procura de um aprimoramento do saber - inicia-se uma busca superior pela especialização em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- BACHNER, Y.G., O'ROURKE, N. – Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**. Vol.6. Novembro. 2007. pp. 678-685.
- BUCKMAN, R. – **Comunicação in Palliative Care: A Practical Guide**. In DOYLE, D.; HANKS, C.W. & MACDONALD, N. – Oxford Textbook of Palliative Medicine – 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 141-156. ISBN 0-19-263057-1.

- CASTILLO, Olga Isabel Alfaro-Ramirez; VIGIL, Tania Morales; PINEDA, Fernando Vásquez [et al] – Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primários de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del IMSS*. Sep/Out. Vol.46. 2008. pp.485-494. ISSN: 04435117.
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04. [em linha] [consultado a 4 de Novembro de 2011]. Disponível em : [Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](#)
- FERREIRA, Fátima – Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. *Cadernos de Saúde*. Vol.2. nº1. 2010. pp.67-88.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Adalgiza; LARANJEIRA, Adelaide et al – Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**. Vol.3. nº2. 2010. pp.13-19.
- GIL, M^a Jesus Lòpez; RÁMON, Orueta Sánchez; GÓMEZ-CARO, Samuel et al – El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica de Medicina Familiar**. Vol.7. 2009. pp.332-9.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.4. Fevereiro. 2003. pp.132-3.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.17. 2005. pp.651-3.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena & NETO, Isabel G. – **Comunicação**. In BARBOSA, A. & NETO, Isabel G., ed. – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*. II Série-n.º12. Março. 2010. pp.9-16.

APÊNDICE XVI - Questionário de Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit



Data: ___ / ___ / ___

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR- ZARIT REDUZIDA

- Nome do Cliente: _____ Quarto: _____
- Cuidador Principal
Nome: _____
Relação/grau de Parentesco: _____
Sexo: F M Idade: _____
Actividade profissional: _____ Habilitações literárias: _____
Tempo de prestação de cuidados: [0-11 meses] [12 - 24 meses] ≥ 24 meses
Apoio na prestação de cuidados: recursos familiares Sociais Económicos
Encargos familiares: Sim Quais? _____ Não

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pontuação Total _____

BIBLIOGRAFIA

- BACHNER, Y.G., O'ROURKE, N. – Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**. Vol.6. Novembro. 2007. pp. 678-685.
- BARBOSA, A. & NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- BUCKMAN, R. – **Comunication in Palliative Care: A Practical Guide**. In DOYLE, D.; HANKS, C.W. & MACDONALD, N. – Oxford Textbook of Palliative Medicine – 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 141-156. ISBN 0-19-263057-1.
- CASTILLO, Olga Isabel Alfaro-Ramirez; VIGIL, Tania Morales; PINEDA, Fernando Vásquez [et al] – Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primários de pacientes con dolor crónico y terminales. **Revista Médica del IMSS**. Sep/Out. Vol.46. 2008. pp.485-494. ISSN: 04435117.
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04. [em linha] [consultado a 4 de Novembro de 2011]. Disponível em : [Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](#)
- FERREIRA, Fátima – Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. **Cadernos de Saúde**. Vol.2. nº1. 2010. pp.67-88.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Adalgiza; LARANJEIRA, Adelaide et al – Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**. Vol.3. nº2. 2010. pp.13-19.
- GIL, M^a Jesus Lòpez; RÁMON, Orueta Sánchez; GÓMEZ-CARO, Samuel et al – El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica de Medicina Familiar**. Vol.7. 2009. pp.332-9.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clinica**. Vol.4. Fevereiro. 2003. pp.132-3.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clinica**. Vol.17. 2005. pp.651-3.
- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Referência**. II Série-n.º12. Março. 2010. pp.9-16.

APÊNDICE XVII - Intervenção Terapêutica Multidisciplinar, se ZARIT \geq 17, em aplicação SOARIAN

SOBRECARGA ZARIT ≥ 17 em aplicação SOARIAN

Intervenção Terapêutica Multidisciplinar, adequada às necessidades e singularidade do cuidador:

- Demonstrar disponibilidade e interesse, como p. ex., [garantir privacidade, postura aberta, de disponibilidade; manter o contacto visual (ao nível dos olhos do cliente/cuidador, demonstra cooperação em vez de poder); clareza de linguagem verbal e não verbal (acessível, realista e concreta, coerente e autêntica), reclarificar, reformular, confrontar e validar a compreensão da mensagem, bem como exercer a leitura, interpretação e validação da comunicação não verbal do outro; ser coerente e autêntico; aceitar e respeitar os silêncios. Utilização de estratégias: “tiro de aviso” e “dedos cruzados”; confrontação; utilizar escuta ativa, empatia e dar feedback (...)].
- Fornecer informação e esclarecimentos da evolução do processo clínico/processo natural da morte, adequando timing e informação transmitida aos desejos e necessidades do cuidador, apresentando-se disponível como elemento de suporte, que permita reduzir o impacto e isolamento sentido pelo recetor da notícia.
- Apresentar um plano futuro (aumenta a segurança e diminui a ansiedade). Discutir este plano com o cuidador, envolvendo-o no processo de tomada de decisão.
- Reforçar o apoio e suporte emocional/psicológico, na adaptação do cuidador à evolução do processo clínico, tendo por base a fase do ciclo de vida em que se encontram, bem como a representação da patologia.
- Explorar sentimentos e crenças relativamente ao comportamento considerado como o mais adequado pelo cuidador perante o cliente.
- Explorar estratégias de suporte familiar/social/económico. [como p.ex., explorar a hipótese de 1x/semana, um familiar/amigo, “substituir” o cuidador principal por um período programado, para divisão de tarefas e descanso do primeiro. Realçando que tal não é sinónimo de abandono, mas sim cuidar de si, para melhor cuidar do outro]. Repartir responsabilidades - explorar, orientar e apoiar o cuidador. Suporte na alocação de recursos adequados. (diminui a sensação de perda de papel social e familiar)
- Realçar a importância do alívio do sofrimento, de proporcionar conforto, alívio e serenidade, confrontando com o bem-estar do cliente
- Incentivar comunicação aberta e sincera, com expressão de sentimentos e emoções
- Ensinar, orientar e apoiar o cuidador na prestação de cuidados, diretos e indiretos, validando os seus conhecimentos e habilidades.
- Antecipar possíveis problemas/dificuldades e suporte na intervenção e sua resolução, como p. ex, descrição de situações/alterações esperadas, registos escritos (...).
- Incentivar autocuidado do cuidador – estratégias de forma a manter e se necessário ajudar a adequar, atividades e objetivos prévios ao internamento, na reorganização de papéis, incentivando a usufruir de tempo para si e reconhecer os seus esforços, a sua

autoimagem, elogiar pormenores, como p. ex. a sua aparência, elevando a sua autoestima. Não descurar a sua própria saúde. (diminui a sensação de perda de papel social e familiar e o abandono do autocuidado)

- Intervir perante o confronto com agravamento da situação clínica /morte: Explorar a dinâmica familiar, origem cultural, crenças religiosas e adaptação às perdas. Encorajar o cliente e cuidador a discutir os seus medos e receios. Apoio durante todo o processo.
- Privilegiar expectativas realistas, concretas, explicitando a sua inferência na qualidade de vida do cliente e cuidador.
- Gerir expectativas, de modo a manter uma esperança realista; validando a importância da intervenção e coragem do cuidador principal, o que já foi alcançado; permitindo a expressão das suas emoções. Realçar todas as intervenções, ainda, passíveis de serem realizadas. (diminui o sentimento de culpa e frustração do cuidador).

BIBLIOGRAFIA

- BACHNER, Y.G., O'ROURKE, N. – Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. **Aging & Mental Health**. Vol.6. Novembro. 2007. pp. 678-685.
- BAILE, W; BUCKMAN, R.; *Lenzi, R.* et al - Spikes – a Six -Step Protocol for delivering bad news: aplicação to the patient with cancer. **The Oncologist**. Vol.5. 2000. pp.302-311.
- BARBOSA, A. & NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- BUCKMAN, R. – **Communication in Palliative Care: A Practical Guide**. In DOYLE, D.; HANKS, C.W. & MACDONALD, N. – Oxford Textbook of Palliative Medicine – 2.^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 141-156. ISBN 0-19-263057-1.
- BUCKMAN, R. – **Breaking Bad News: why is it still so difficult?** British Medical Journal [Em linha]. 288:6430. (1984) 1597-1599. [Consult. 6 Dez. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>. ISSN 0007-1447
- CASTILLO, Olga Isabel Alfaro-Ramirez; VIGIL, Tania Morales; PINEDA, Fernando Vásquez [et al] – Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primários de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica del IMSS. Sep/Oct. Vol.46. 2008. pp.485-494. ISSN: 04435117.

- CHALIFOUR, J. – **A Intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusociência. 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04. [em linha] [consultado a 4 de Novembro de 2011]. Disponível em : [Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](#)
- FERREIRA, Fátima – Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. Cadernos de Saúde. Vol.2. nº1. 2010. pp.67-88.
- FERREIRA, Fátima; PINTO, Adalgiza; LARANJEIRA, Adelaide et al – Validação da Escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**. Vol.3. nº2. 2010. pp.13-19.
- GIL, M^a Jesus López; RÁMON, Orueta Sánchez; GÓMEZ-CARO, Samuel et al – El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. **Revista Clínica de Medicina Familiar**. Vol.7. 2009. pp.332-9.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.4. Fevereiro. 2003. pp.132-3.
- GORT, Ana M.; MAZARICO, Silvia; BALLESTE, Jordi et al – Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos. **Journal de Medicina Clínica**. Vol.17. 2005. pp.651-3.
- HOSPITAL DA LUZ, Espírito Santo Saúde. **Manuais De Procedimentos da Unidade de Cuidados Paliativos, do Hospital da Luz**. Lisboa. 2006.
- LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: LUSODIDACTA. 1994. 214p. ISBN 972-95399-5-2.
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana - **Para uma ética da enfermagem : desafios**. Coimbra : Gráfica de Coimbra. 2004. ISBN 972-603-326-8.
- PEREIRA, M.A. – A Verdade e a Esperança na Comunicação de Más Notícias em Saúde – Opiniões e Perspectivas. **Enfermagem Oncológica**. Gondomar. ISSN 0873-5689. 7: 28, 29. (Out./Jan. de 2004). p. 34-39.
- PTACEK, J.T. & EBERHARDT, T.L. – **Breaking Bad News – A Review of the Literature**. Journal of the American Medical Association [Em linha]. 276:6. 1996. pp. 496-502. [Consult. 17 Out. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.jama.com>. ISSN 0007-1447.

- SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz – Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Referência. II Série-n.º12. Março. 2010. pp.9-16.