



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA

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

Por
Ana Carolina da Rocha Monteiro

Porto, julho de 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA**

**NURSING CARE HUMANIZATION IN PERSON IN CRITICAL AND/OR
PALLIATIVE SITUATION**

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

Por
Ana Carolina da Rocha Monteiro

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, julho de 2018

RESUMO

A realização do presente Relatório de Estágio surge no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde. O Estágio dividiu-se em três módulos e decorreu, cronologicamente, numa unidade de cuidados intensivos polivalente, de um hospital central (Módulo II), numa unidade de cuidados paliativos, de um hospital privado (Módulo III) e num serviço de urgência médico-cirúrgica, de um hospital central (Módulo I), todos na região norte do país.

O Relatório de Estágio tem como principal objetivo a descrição e análise crítico-reflexiva do processo de aprendizagem, com o desenvolvimento e integração de saberes que me permitiram a humanização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e/ou paliativa, sendo este o tema transversal a todo o documento.

Para a elaboração do mesmo, foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva, suportada pela revisão bibliográfica.

A estrutura do Relatório encontra-se dividida em três partes: a primeira diz respeito à Introdução, onde faço um enquadramento do Relatório e do Estágio, dos módulos de estágio realizados, a justificação das opções, bem como os objetivos delineados para o Relatório. Segue-se o capítulo dedicado ao Desenvolvimento de Competências para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa, onde faço a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas ao longo do meu percurso de aprendizagem. Por último, a Conclusão, onde faço um balanço e análise transversal dos contributos, aprendizagens e dificuldades sentidas ao longo do Estágio.

Os contributos em cada módulo de estágio foram ao encontro das oportunidades de melhoria identificadas e dos objetivos de aprendizagem. De uma forma geral, na unidade de cuidados intensivos, desenvolvi um estudo de caso e fiz uma avaliação da qualidade do sono, de forma a identificar os fatores perturbadores do mesmo e a avaliar a perceção do enfermeiro sobre a sua quantidade e qualidade. Para além disso, elaborei uma revisão da literatura sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos, estando este artigo em processo de revisão por pares para publicação numa revista científica. Posteriormente, participei no Seminário InPalIn: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos com um póster sobre a referida temática. No módulo relativo aos cuidados paliativos, participei no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*), em colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos. No último módulo, referente ao serviço de urgência, realizei um *Abstract* para participação no 4th *International Health Congress*, com o tema “*Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness*”, que culminou com a apresentação do mesmo em forma de póster, em maio de 2018. O resumo será publicado numa revista internacional com fator de impacto de 1.61.

Concluído este percurso, considero que foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, de forma satisfatória, o que trouxe ferramentas para ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados, com base na reflexão e na evidência científica, integrando um conjunto de saberes científicos e relacionais, de forma a assumir uma atitude diferenciada e holística no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou paliativa.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, doença crítica, doença paliativa, cuidados de enfermagem, humanização.

ABSTRACT

The accomplishment of this Report appears in the scope of the 10th master's degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. The internship was divided in three modules and was chronologically carried out in a polyvalent intensive care unit, in a central hospital (Module II), a palliative care unit, in a private hospital (Module III) and an emergency department medical and surgical management of a central hospital (Module I), all in the northern region of the country.

The main purpose of the Internship Report is to describe and critically-reflexive analysis of the learning process, with the development and integration of knowledge that allowed me to humanize the nursing care provided to the person in critical illness and / or palliative condition, being this is a cross-cutting issue throughout the document.

For the elaboration of the same, was used the descriptive and reflexive methodology, supported by the bibliographic review.

The structure of the Report is divided into three parts: in the first – Introduction – I frame the Report and the Internship, the internship modules carried out, the justification of the options, and the objectives outlined for the Report. In the second – Development of Competencies for the Nursing Care Humanization in Person in Critical and/or Palliative Situation – I describe and critically-reflective analysis of the activities carried out along my learning path. Finally, the Conclusion, where I make a balance and transversal analysis of the contributions, learning and difficulties experienced during the Internship.

The contributions in each internship module were in line with identified improvement opportunities and learning objectives. In general, in the intensive care unit, I developed a case study and evaluated the quality of sleep in order to identify the disturbing factors and to evaluate nurses' perception of their quantity and quality. Additionally, I made a literature review on non-pharmacological interventions for the promotion of sleep in the person hospitalized in an intensive care unit, and this article is being peer-reviewed for publication in a scientific journal. Later, I participated in the InPalIn Seminar: Integrating Palliative and Intensive Care with a poster on the subject. In the module on palliative care, I participated in the process of translation and validation of the CSNAT Scale (The Carer Support Needs Assessment Tool), in collaboration with the Portuguese Palliative Care Observatory. In the last module, referring to the emergency service, I carried out an abstract for participation in the 4th International Health Congress, with the theme "Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness", which culminated with the presentation of the same in poster form, in May 2018. The abstract will be published in an international journal with an impact factor of 1.61.

After completing this course, I believe that the skills of a nurse specialist in medical and surgical nursing have been developed satisfactorily, which gives me the tools to be able to provide specialized nursing care, based on reflection and scientific evidence, integrating a set of scientific and relational knowledge, in order to assume a differentiated and holistic attitude in the care of the person in critical illness and / or palliative situation.

Keywords: specialist nurse, critical illness, palliative disease, nursing care, humanization.

*Aos meus pais, Manuel e Rosário,
ao meu irmão André
e ao Alexandre.*

*As pessoas mais importantes da
minha vida e que estiveram
sempre ao meu lado.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Coelho, pela sua orientação, com rigor e seriedade,
pelas suas sugestões e conselhos, pela partilha de conhecimento
e por toda a sua disponibilidade e compreensão.

Aos tutores de estágio, pelos momentos de reflexão
partilhados e pelas sugestões pertinentes.

Aos amigos que me apoiaram ao longo desta etapa.

À Enfermeira Dulce, a minha mestre de todos os dias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CSNAT – *The Carer Support Needs Assessment Tool*

EAPC – *European Association for Palliative Care*

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

Nº - Número

PIA – Pressão intra-abdominal

PIC – Pressão intracraniana

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	15
2. Desenvolvimento de Competências para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa	19
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	19
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	25
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	32
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	44
3. Conclusão	55
4. Referências Bibliográficas	59
Apêndice	67
Apêndice I – Estudo de Caso - Avaliação da Qualidade do Sono na Unidade de Cuidados Intensivos.....	69
Apêndice II – Artigo - “Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura”	115
Apêndice III – Resumo e Póster para participação no Seminário InPalIn: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos - “Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura”	129
Apêndice IV – Apresentação do Percorso de Aprendizagem em Cuidados Intensivos	135
Apêndice V – Trabalho - Tradução e Validação da Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>) para Português de Portugal	149
Apêndice VI – Trabalho do <i>Abstract</i> e Póster para participação no <i>4th International Health Congress</i> - “ <i>Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness</i> ”	189

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Estágio do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho.

Tal como previsto nos termos do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei nº 63/2016 de 13 de setembro, o Processo de Bolonha tem como questão central a mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem, quer as de natureza genérica (instrumentais, interpessoais e sistémicas), quer as de natureza específica, associadas à área de formação, e onde a componente experimental e de projeto pessoal de cada estudante, desempenham um papel importante (Assembleia da República, 2006).

Neste sentido, o processo de aprendizagem baseia-se na procura do conhecimento e no desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo, da autonomia e da responsabilidade.

O Relatório de Estágio assume-se como um instrumento essencial, tendo como principal objetivo a descrição e análise crítico-reflexiva do processo de aprendizagem, com o desenvolvimento e integração de saberes que me permitiram a humanização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e/ou paliativa, sendo este o tema transversal a todo o documento, com o objetivo de integrar os cuidados paliativos e os cuidados ao doente crítico.

Atendendo ao facto de exercer a minha atividade profissional numa unidade onde o doente possui, maioritariamente, doenças crónicas, todas as experiências ao longo do estágio permitiram dotar-me de mais competências no cuidado ao doente crítico, que vive, subitamente, um processo de transição, face à mudança de papéis de pessoa saudável-doente.

O Estágio dividiu-se em três módulos, não precedentes entre si, tendo a sua ordem sido delineada pela Universidade. Ao longo do mesmo, para além da orientação da Professora

Doutora Patrícia Coelho, estive sob tutoria de Enfermeiros Especialistas e Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Peritos na área, tal como teorizado por Patrícia Benner, que enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 2001). A autora desenvolveu um modelo de aquisição de competências, onde identifica cinco níveis de competências na enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, que são o reflexo de mudanças em três aspetos: a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a modificação da maneira como o enfermeiro se apercebe de uma situação e a passagem de mero observador a executante envolvido. Trata-se de um processo dinâmico, aprofundado e aperfeiçoado pela experiência. O enfermeiro perito possui uma vasta experiência e compreende as situações de forma intuitiva e global. Focaliza a sua ação nos aspetos predominantes e é um profissional flexível, com uma postura e forma de gerir as situações complexas exímia e reconhecida pelos pares e pelos doentes.

O Módulo II foi realizado numa unidade de cuidados intensivos polivalente, de um hospital central da região norte do país, de 2 de maio a 24 de junho de 2017. Trata-se de uma unidade polivalente, no sentido em que está incluída numa área multidisciplinar do saber, não só pela forma como aborda os doentes, mas também pelo tipo de patologias que trata e ainda pela interdisciplinaridade a que obriga (Ministério da Saúde, 2003). Quanto à estrutura, a unidade é classificada como mista, pois possui duas salas com um total de quinze unidades e um quarto de isolamento. É uma unidade de cuidados intensivos de nível III, segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, pois possui uma equipa médica e de enfermagem própria, assistência médica qualificada e em presença física nas 24 horas, tem a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e de programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2003).

Por sua vez, o módulo III, de carácter opcional, foi realizado numa unidade de cuidados paliativos, de um hospital privado da região norte do país, de 11 de setembro a 4 de novembro de 2017. Este módulo, segundo o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, deve ir ao encontro do projeto profissional de cada um (Universidade Católica Portuguesa, 2012). A escolha foi alvo de reflexão e a opção pelos cuidados paliativos deveu-se ao facto desta realidade estar bem presente no meu quotidiano profissional e de reconhecer a necessidade de desenvolver competências nesta área, sobretudo, ao nível da comunicação com o doente e família, do controlo de sintomas e do trabalho em equipa.

Por fim, o módulo I foi realizado num serviço de urgência médico-cirúrgica de um hospital central da região norte do país, de 6 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018. A escolha teve por base o facto de se tratar de um hospital central, que presta cuidados de saúde a uma grande área de influência. Para além disso, tive em consideração os objetivos a desenvolver e a possibilidade de concreção das atividades idealizadas. Tendo em conta, o facto de nunca ter estagiado num serviço de urgência, foi meu objetivo primordial, compreender e participar na dinâmica funcional, permitindo a análise do processo de abordagem ao doente urgente e emergente nas distintas áreas.

O meu objetivo inicial foi, em todos os módulos, a integração na equipa multidisciplinar e na estrutura física e organizacional do serviço, de forma a facilitar o meu percurso de desenvolvimento de competências. As particularidades de cada local de estágio, complementadas com uma prática baseada na evidência, foram a base para a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes que me permitiram prestar cuidados à pessoa em situação crítica e/ou paliativa.

Para a elaboração do presente documento, foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva, suportada pela revisão bibliográfica, e foram delineados os seguintes objetivos:

- . Descrever o processo de aprendizagem;
- . Realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso realizado;
- . Demonstrar as competências desenvolvidas e os objetivos atingidos, através da descrição das atividades realizadas;
- . Dar resposta a um processo avaliativo;
- . Obter o grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A estrutura do Relatório de Estágio encontra-se dividida em quatro capítulos: neste primeiro, surge a Introdução onde faço um enquadramento do Relatório e do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dos módulos de estágio realizados, a justificação das opções, bem como os objetivos delineados para o Relatório. Segue-se o capítulo dedicado ao Desenvolvimento de Competências para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa, onde faço a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas ao longo do meu percurso de aprendizagem. Optei por estruturar este capítulo de acordo com os Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e dos objetivos estabelecidos previamente no Projeto de Estágio. Para cada domínio foi realizada uma análise de cada módulo de

estágio, estando estes apresentados pela sua ordem cronológica de realização. O terceiro capítulo diz respeito à Conclusão, onde faço um balanço e análise transversal dos contributos, aprendizagens e dificuldades sentidas ao longo do Estágio e, finalmente, as Referências Bibliográficas. Estas encontram-se formuladas de acordo com a norma APA (*American Psychological Association*).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA

O Enfermeiro Especialista é aquele que possui um conhecimento profundo de um domínio específico de enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstra “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Em qualquer uma das áreas de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, organizadas por domínios, nomeadamente: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tendo em conta estes quatro domínios e os objetivos previamente elaborados no Projeto de Estágio, apresento, de seguida, a descrição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas ao longo do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal relacionam-se com a prática de cuidados que respeita os direitos humanos, responsabilizando os profissionais pelas suas ações e permitindo o desenvolvimento de estratégias para as tomadas de decisão baseadas nos valores e princípios deontológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Seguindo este princípio, de seguida, irei apresentar o objetivo atingido, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Objetivo:

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Análise Crítico-Reflexiva das Atividades desenvolvidas:

No **Módulo II – Cuidados Intensivos**, tive a oportunidade de refletir com a equipa sobre o sigilo da informação, particularmente aquando das passagens de turno. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermagem, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, pela transmissão verbal de informação, e de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço. Esta é realizada de forma oral, complementando a informação escrita, não substituindo os registos de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na unidade de cuidados intensivos, a passagem de turno da equipa de enfermagem é realizada na unidade do doente, pelo enfermeiro ao colega que o vai substituir, e tem por base a folha de registos. Uma vez que os momentos descritos são feitos na unidade do doente e dirigidos a toda a equipa, muitas vezes, as informações estão ao alcance da escuta de outros doentes, que estejam acordados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), os locais de passagem de turno são geridos, em cada contexto, e atendendo às suas características, da forma considerada mais adequada para responder à finalidade – tanto em espaços de trabalho específicos, como na unidade do doente. Nas situações de passagem de turno junto ao doente, deverão ser tidos em conta alguns aspetos, relativos à confidencialidade e privacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Após reflexão com o enfermeiro tutor e com alguns elementos da equipa, concluímos que não seria viável a realização da passagem de turno em dois momentos (primeiro com a equipa e depois entre o enfermeiro e o colega que o vai substituir), tendo em conta as características estruturais e funcionais do serviço. Desta forma, concluímos que a informação transmitida na presença do doente em enfermaria poderia ser eventualmente complementada, após a passagem de turno, e especificamente com o colega que vai substituir o enfermeiro em funções, salvaguardando os direitos dos doentes, no que diz respeito à privacidade e confidencialidade. Em suma, o que está em causa não é o local de passagem de turno, mas o conteúdo das informações transmitidas, diante terceiros, nesse momento.

Se, por um lado, a estrutura da unidade, permite a visualização de todos os doentes da sala, através da central de trabalho, por outro lado, dificulta a promoção do respeito pela privacidade e pela intimidade do doente, tornando-o, desprotegido e vulnerável (Silva, 2007).

Muitas vezes, a promoção da privacidade do doente passa por pequenas mudanças a nível comportamental. Assim, adotei uma postura de respeito pelas predileções do doente e da família e aquando da prestação de cuidados, que implicassem a exposição física do mesmo, recorri ao uso de cortinas e de biombos. No diálogo com o doente e/ou com a família, procurei aproximar-me e utilizar uma intensidade mais baixa na voz, de forma a salvaguardar que a informação transmitida, não era escutada por outras pessoas.

No **Módulo III – Cuidados Paliativos**, procurei direcionar as minhas intervenções para a promoção e maximização da qualidade de vida do doente em fim de vida, com respeito pela sua dignidade e no cumprimento dos princípios éticos e deontológicos.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, define cuidados paliativos como cuidados ativos, estruturados e globais, prestados por equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada e progressiva. As famílias são, também, parte integrante da equipa e os cuidados paliativos têm como principal objetivo a promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Assembleia da República, 2012).

Tendo em consideração a dignidade humana, um dos aspetos básicos da relação entre o enfermeiro especialista e o doente baseia-se no respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão, que deve ser livre, informada e esclarecida e que deve ser ponderada, tendo em conta, o seu projeto de cuidados em fim de vida. Este direito do doente com doença avançada, incurável e progressiva, encontra-se sustentado pelo dever ético, deontológico e legal do enfermeiro de garantir e proteger os direitos humanos.

O enfermeiro especialista acompanha o doente paliativo, e tem como principais objetivos: a promoção da sua qualidade de vida e a diminuição da sua dor e do seu sofrimento, ajudando-o a aceitar e a preparar-se para a morte. Deverão ser tidas em conta as terapêuticas capazes de aliviar os sintomas geradores de sofrimento e garantir o conforto do doente, em detrimento de intervenções que não vão contribuir para a cura da pessoa e apenas poderão resultar num prolongamento do sofrimento.

No decorrer do estágio, houve um momento que me marcou particularmente. Um senhor, em situação de fim de vida, tinha como seu grande objetivo, o casamento com a sua companheira e achava que esse momento nunca mais iria acontecer. Após terem conhecimento desta situação, gerou-se um envolvimento único de toda a equipa multidisciplinar e família do próprio doente em busca de uma solução que desse resposta à imensidão de sofrimento sentido pelo mesmo. A equipa organizou-se, tratou de toda a burocracia e agilizou todos os contactos necessários, de forma a poder proporcionar esse momento tão especial, e ao mesmo tempo, tão singular, ao doente, à sua companheira, à sua família e, no fundo, também a toda a equipa. Em todo este processo, tive a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com o doente e com a família, participando na aceitação do processo de fim de vida, no controlo de sintomas, no alívio do sofrimento e na procura do sentido da vida que, neste caso, estava associado a algo que pudemos concretizar. Nesse dia, tivemos todo o cuidado com a hora em que faríamos a pausa da perfusão contínua e a forma como seria dada a notícia ao senhor. Lembro-me do momento em que fui conversar com o mesmo e lhe dei a notícia de que estaria para acontecer algo bom e muito desejado – o seu casamento – e que teríamos que nos começar a preparar para a cerimónia. Nunca esquecerei, também, o seu fôlego, quando me viu entrar com o bolo e o cartão com mensagens de toda a equipa, depois da troca de alianças. Para mim, enquanto futura enfermeira especialista, foi extremamente gratificante poder colaborar com a equipa e com a família neste momento tão marcante.

No **Módulo I – Serviço de Urgência**, refleti sobre o facto de o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica possuir o dever ético, deontológico e legal de informar de forma esclarecida o doente acerca das intervenções necessárias no seu processo de transição saúde-doença, e respeitar a sua capacidade de autonomia e autodeterminação e, consequentemente, a sua dignidade.

O direito de receber ou recusar cuidados de saúde está consagrado na alínea b) do nº 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90 de 24 de agosto, alterada pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro (Assembleia da República, 1990).

O consentimento em saúde encontra-se, em Portugal, regulado em duas leis: a Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina - validada pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro, e o Código Penal.

A Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina assume-se como uma convenção internacional da saúde onde é regulada a relação dos cidadãos com as

organizações e os profissionais de saúde, tendo como normas relativas ao consentimento em saúde os artigos 5º ao 9º (Assembleia da República, 2001).

Por sua vez, o Código Penal, no caso particular do consentimento em saúde, criminaliza as práticas de cuidados de saúde não consentidas pelo próprio, particularmente nos artigos 150º, 156º e 157º (Deodato, 2017).

O artigo 5º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina consagra o regime jurídico geral para o consentimento em saúde: todo e qualquer cuidado de saúde, para ser efetuado, é necessário o consentimento da pessoa a quem vão ser prestados os cuidados (Assembleia da República, 2001). Desta forma, está subjacente o princípio da autonomia em saúde, que assenta no respeito pela autonomia individual e pela liberdade de decidir sobre os cuidados de saúde que aceita receber. No mesmo artigo consta ainda que o consentimento é dado pela pessoa a quem vão ser prestados os cuidados, sem a interferência de outros. No entanto, existem exceções à regra, apresentadas no artigo 6º, para os casos em que as pessoas não têm capacidade para decidir.

No que diz respeito ao conteúdo da informação a transmitir, o artigo 5º possui quatro requisitos (Assembleia da República, 2001). O primeiro envolve o objetivo da intervenção, que engloba o fornecimento de informação sobre o que se pretende com o cuidado proposto. O segundo é sobre a natureza, ou seja, em que consiste concretamente o cuidado. Por sua vez, o terceiro requisito, tem a ver com as consequências, ou seja, dentro das suas possibilidades, o profissional de saúde, deve antecipar os efeitos, tanto desejáveis, como indesejáveis dos tratamentos. O quarto e último requisito, refere-se à explicação dos riscos intrínsecos ao cuidado a prestar. Não só as intervenções de maior complexidade estão regidas por esta norma, daí a mesma começar com “qualquer intervenção no domínio da saúde”.

No decorrer do estágio, tive como preocupação constante, garantir que a informação fosse transmitida numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando quaisquer barreiras culturais e/ou linguísticas. As minhas principais intervenções basearam-se em validar se o doente assimilou a informação, esclarecer dúvidas, e, quando necessário, reformular o conteúdo da mesma. Só assim, pude garantir, em parceria com a tutora, que o doente teve a possibilidade de decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito.

No entanto, a pessoa em causa pode, a qualquer momento e de qualquer forma, alterar a sua decisão sobre o consentimento dado, cabendo aos profissionais de saúde respeitar essa alteração de escolha. A norma não prevê qualquer forma específica de manifestação dessa alteração, podendo esta ser demonstrada via oral ou por escrito.

Este conceito encontra-se, ainda, reforçado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. No nº 1 do artigo 8º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Assembleia da República, 1996). Por sua vez, no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, nos termos do artigo 105º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, há também referência ao dever de informar o indivíduo e a família sobre as intervenções de enfermagem, bem como responder a qualquer pedido de informação ou explicação acerca das mesmas (Assembleia da República, 2015).

No caso dos doentes em situação de urgência, com alterações do estado de consciência, e que dão entrada, por exemplo, na sala de emergência, o artigo 8º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, consagra que, da mesma forma que a pessoa tem o direito ao consentimento, tem também o direito à proteção da saúde (Assembleia da República, 2001). Assim sendo, este artigo apresenta a exceção para situações de urgência, em que a pessoa não se encontra consciente e possibilitada de consentir a intervenção, assumindo o profissional, o Consentimento Presumido. Nesses casos, há a garantia de prestação de cuidados de saúde, tendo em conta o benefício direto (Assembleia da República, 2001). Esta exceção está igualmente consagrada na alínea c) do nº 1 do artigo 5º da Lei de Saúde Mental (Assembleia da República, 1998) e na alínea a) do nº 2 do artigo 156º do Código Penal (Assembleia da República, 2007).

Outra questão ética identificada no serviço de urgência, abordada no artigo 107º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, foi a dificuldade da promoção da privacidade e o respeito pela intimidade de cada doente, tendo em conta as características físicas e funcionais do espaço (Assembleia da República, 2015). São exemplo disso diversas áreas, inclusive as salas de tratamento que, muitas vezes, apenas possuem cortinas. Cortinas essas que se tornam insuficientes, tendo em conta a sobrelotação das salas. Ao longo do estágio, procurei combater esta dificuldade e refletir sobre uma solução que melhorasse esta problemática. No entanto, percebi que, para tal, teriam que ser realizadas obras na infraestrutura e teria que ser reformulada a distribuição do espaço da urgência. Não sendo esta uma opção exequível, procurei contorná-la adotando como principais estratégias: a utilização de cortinas e biombo e a comunicação, sempre que possível, num tom de voz mais baixo.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, respeito o trabalho desenvolvido por todos, tendo em conta a grande afluência de doentes, as necessidades de cada um deles e a

imprevisibilidade associada aos cuidados prestados. Na tentativa de prestar os melhores cuidados possíveis, a equipa utiliza o método de trabalho à tarefa, que consiste na execução repetida de atividades simples com vários doentes e num desempenho rápido e eficiente. Desta forma, a divisão do trabalho origina que cada membro da equipa esteja mais afeto a tarefas do que a doentes o que proporciona a segmentação dos cuidados. Para além disso, este método de trabalho não permite a prestação de cuidados individualizados e dificulta a responsabilização do profissional, em caso de erro (Pereira, 2014). Este foi um dos pontos que identifiquei como oportunidade de melhoria no serviço e que pude refletir com a equipa de enfermagem, na tentativa de os sensibilizar para esta problemática. Tentei que adotassem o método de trabalho individual, através do qual seria possível prestar cuidados individualizados e diminuir a probabilidade de ocorrência do erro. No entanto, a equipa refletiu, e na altura de plena contingência, não se mostrou predisposta à mudança.

Competências Adquiridas:

Perante a análise crítico-reflexiva realizada e considerando os aspetos de carácter ético e deontológico, considero que o exposto é exíguo à imensidão das aprendizagens inferidas.

As atividades e reflexões descritas foram essenciais para o desenvolvimento das competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, uma vez que: tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa e com a família.

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade baseiam-se em conceber, gerir e colaborar na melhoria dos cuidados prestados mantendo um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, de seguida, irei apresentar os objetivos atingidos, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Objetivos:

- Verificar o cumprimento do plano de prevenção e controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados, à pessoa em situação crítica e/ou paliativa.

- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de recursos humanos e recursos materiais.

Análise Crítico-Reflexiva das Atividades desenvolvidas:

No **Módulo II – Cuidados Intensivos**, procurei agir, sempre, de forma a prevenir e reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, uma vez que, neste contexto, são inúmeras as técnicas invasivas e de manipulação de dispositivos invasivos. Neste sentido, são instituídas medidas de precaução de contacto para com todos os doentes internados na unidade.

Tendo em conta o elevado número de doentes com tubo oro traqueal na unidade de cuidados intensivos, procurei que fossem implementadas, de forma integrada as intervenções definidas pela Direção-Geral da Saúde (2015 - a), nomeadamente: rever, reduzir e, se possível parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação; manter a cabeceira do leito em ângulo superior ou igual a 30º; realizar higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos três vezes por dia; manter circuitos ventilatórios; e manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O.

Neste contexto, pude perceber a estreita articulação entre a equipa e a comissão de controlo de infeção, o que permite que a informação disponível esteja sempre atualizada, uma maior adesão dos profissionais à implementação de boas práticas e, conseqüentemente, uma melhoria dos cuidados e da segurança do doente.

No **Módulo III – Cuidados Paliativos**, fui capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e de estabelecer estratégias pró-ativas a implementar, como o reforço na formação-ação relativa à lavagem e higienização das mãos. Outra das propostas apresentadas baseava-se na utilização de um saco para colocar a roupa suja do doente, exclusivo para cada quarto, evitando assim ter que transportar a roupa do quarto até ao carro de acondicionamento da roupa suja, na mão. A equipa mostrou-se sensibilizada e após a partilha e reflexão, verificou-se uma mudança de atitudes.

Outra das oportunidades de melhoria identificada ao longo do estágio prendeu-se com o facto de, alguns enfermeiros, esporadicamente, prepararem a medicação, durante o turno da tarde, para as 24 horas seguintes. Apesar dos fármacos, de administração oral, não serem retirados dos seus invólucros, torna-se difícil controlar as alterações constantes de prescrições e garantir uma prática segura. Neste caso, há uma maior predisposição ao erro,

devido à metodologia utilizada. As principais consequências relacionam-se com a quantidade de alterações de prescrição efetuadas nesse espaço de tempo e com o número de profissionais envolvidos nesta atividade. Após reflexão sobre esta temática com a equipa, denotou-se uma maior sensibilização, apesar de, pontualmente, ainda se verificarem essas situações. Desta forma, tive sempre presente a verificação, antes da preparação e da administração de qualquer medicamento, da identificação do doente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração (Direção-Geral da Saúde, 2015 - b).

No **Módulo I – Serviço de Urgência**, nem sempre as condições físicas e estruturais do serviço facilitaram a prestação de cuidados.

Foi frequente ver macas nos corredores ou salas de tratamento sobrelotadas, sem que tivesse sido tida em conta a distância mínima de 1,30 metros, entre doentes (Ministério da Saúde, 2007 - a). Esta foi, sem dúvida, a problemática que mais me inquietou, enquanto futura enfermeira especialista. Neste sentido, procurei refletir sobre esta situação-problema e tentar solucioná-la de alguma forma. Relativamente às salas sobrelotadas, procurei, dentro das possibilidades, afastar as macas e garantir alguma distância entre as mesmas. No entanto, houve situações em que não foi possível, tal era a afluência de doentes na urgência. Para além disso, esta problemática acarreta outras consequências, como o comprometimento da vigilância, assistência e monitorização destes doentes.

Por outro lado, surge uma outra questão: a dificuldade em drenar doentes para outros serviços, tanto a nível interno, como externo. Apesar de não ser o mais desejado, há doentes que acabam por permanecer internados no serviço de urgência mais de vinte e quatro horas, em macas e com colchões pouco adaptados às necessidades dos mais dependentes, levando, por exemplo, à ocorrência de lesões por pressão ou por humidade, que acarretam elevados custos económicos, dor, alterações na qualidade de vida e um aumento do tempo de internamento (Duarte, 2015). A resolução desta situação passaria, provavelmente, por uma ativação do plano de contingência mais precoce. Tive oportunidade de refletir com a tutora e com a equipa sobre esta temática e de perceber que o pedido já havia sido feito atempadamente às entidades competentes. No entanto, ainda não estavam reunidas condições indispensáveis para o colocar em prática, nomeadamente no diz respeito às necessidades de recursos humanos.

No decorrer do estágio, identifiquei uma outra oportunidade de melhoria. Ao contrário do que está preconizado no Programa Nacional de Controlo de Infecção (Ministério da Saúde,

2007 - a), a maioria das macas não apresenta um conjunto de tomadas de eletricidade e de saídas de oxigénio ou vácuo, essenciais para uma prática segura.

Para além disso, identifiquei oportunidades de melhoria ao nível da higienização do serviço. A limpeza e manutenção das superfícies estruturais são medidas fundamentais no controlo do ambiente em cuidados de saúde e consistem no processo de remoção da sujidade, o que inclui a eliminação de microrganismos e de matéria orgânica, que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos (Ministério da Saúde, 2007 - b). A este nível, verifiquei que podia ser melhorada a limpeza do mobiliário das enfermarias, que deve ser feita, pelo menos, duas vezes por dia, bem como a limpeza dos suportes de soros e das cadeiras de rodas, que devem ser lavados diariamente (Ministério da Saúde, 2007 - b). Refleti sobre a problemática com a enfermeira tutora e concluímos que, tendo em conta a altura de plena contingência, não seria possível a mudança.

Não esquecendo todas estas variáveis, ao longo do estágio, procurei atuar de forma responsável e consciente, e na tentativa de promover a reflexão e a sensibilização dos profissionais para as oportunidades de melhoria.

Durante o estágio, também procurei desenvolver competências ao nível da gestão operacional, nomeadamente na gestão do material e da equipa de enfermagem.

Tive a oportunidade de conhecer e perceber o modo de funcionamento dos materiais da sala de emergência, bem como de participar na realização da *check-list* diária de verificação de todo o material, como: carros de emergência, malas de transporte, fármacos e material de procedimentos. A realização desta tarefa fica sempre a cargo do enfermeiro que está alocado à sala de emergência e tem como principal objetivo a verificação da operacionalidade da sala e a reposição dos materiais em falta. Foi possível perceber que a reposição dos fármacos e materiais de consumo clínico é realizada pelo método de reposição por níveis, ou seja, a medicação é repostada pelos enfermeiros à medida que é utilizada e o material de consumo clínico pelos assistentes operacionais. O método de reposição por níveis consiste na reposição proativa de *stocks* e baseia-se nos *stocks* máximos e mínimos, previamente definidos (Teixeira, 2012). Desta forma, é possível garantir que o material está disponível, sempre que necessário.

Face às exigências atuais, são impostas, constantemente, competências de gestão aos enfermeiros, tanto devido às restrições financeiras, como de forma a garantir níveis de eficiência e eficácia na prestação de cuidados – efetividade. O processo de decisão possui um papel preponderante e complexo, assim como a cooperação se assume como um grande desafio para as equipas (Nunes, 2014).

O enfermeiro especialista, deve assumir a liderança como um instrumento de trabalho fundamental na gestão (Nunes, 2014). Deste espera-se, então, uma gestão dos cuidados de enfermagem, que promova o cuidar, no respeito pela pessoa humana, assegurando a humanização e qualidade dos cuidados, tendo em conta os recursos existentes (Fradique, 2012).

A liderança define-se como um processo interpessoal, pelo qual os gestores tentam influenciar os profissionais a realizar objetivos de trabalho estabelecidos (Hampton, 1992). Assim, ocorre liderança quando as pessoas são influenciadas para que se empenhem, de uma forma organizacionalmente relevante, variando esta com a estabilidade do ambiente (Hampton, 1992).

O grande desafio está em definir o estilo adequado de liderança para cada uma das situações (Müzell, 2006). Hersey e Blanchard (1986), referenciais nesta temática, designam estilo de liderança como o modo como o sujeito se comporta quando tenta influenciar o desempenho de alguém. A liderança é uma combinação entre dois comportamentos pilares de lidar com as pessoas: o comportamento diretivo e o comportamento de apoio (Hersey & Blanchard, 1986). Ou seja, sempre que alguém procura influenciar o comportamento de uma pessoa ou grupo, há liderança. Trata-se de um processo de interação, entre quem lidera e quem é liderado. Desenvolve-se com base na comunicação e na motivação, tendo como finalidade uma harmonia entre os objetivos da organização e das pessoas que integram a equipa de cuidados.

Existem muitas teorias de liderança. A abordagem contingencial será a que mais se adequa à gestão em enfermagem, uma vez que considera os fatores: líder, subordinado e situação, nomeadamente a natureza da tarefa, as relações de autoridade e a dinâmica dos grupos.

A abordagem contingencial mais conhecida é a de Hersey e Blanchard (1986), que sugere que a escolha do modelo de liderança deve ser determinada pela maturidade – psicológica e perante a tarefa - do subordinado. Nesta abordagem, não há um estilo universal eficaz para todas as situações. É necessário desenvolver valores comuns entre as pessoas, para que o controlo deixe de ser externo e passe a ser interno. Os autores definem maturidade como sendo a condição de “a pessoa querer fazer algo e sabe como fazer” e “no nível de maturidade máxima, as pessoas estão fortemente empenhadas em atingir objetivos” (Hersey & Blanchard, 1986). As pessoas têm necessidade de ter objetivos ou projetos pessoais e, para os atingir, é sempre necessário empregar esforço pessoal, desenvolvendo-se o mais

rapidamente possível. Aceitar o desafio de se esforçar, é o melhor para modificar o seu desempenho.

Os estilos de liderança podem ser eficazes ou ineficazes, com dois eixos principais: comportamento de tarefa e comportamento de relacionamento, aos quais os autores acrescentam a terceira dimensão de eficácia – a relação entre o estilo de liderança e a situação, ou seja, o ambiente (Hersey & Blanchard, 1986). O comportamento de tarefa, ou diretivo, é aquele que os líderes adotam para organizar e definir as funções dos membros do seu grupo, explicar as atividades que cada um deve executar, onde, como e quando as tarefas devem ser realizadas, incluindo a correspondente supervisão, e utilizando a comunicação unidirecional. Por outro lado, o comportamento de relacionamento, ou de apoio, define-se como aquele que os líderes utilizam para manter relações pessoais com os colaboradores, providenciando apoio socio-emocional. Inclui a capacidade de ouvir as pessoas, dando-lhes apoio e encorajando os seus esforços, ao mesmo tempo que facilita o seu envolvimento na resolução dos problemas e tomada de decisões.

Em contexto de urgência, tive a oportunidade de verificar que, por exemplo, os profissionais eram alocados às áreas para as quais teriam formação específica. Ou seja, um enfermeiro com formação em suporte imediato ou avançado de vida ficaria mais vezes alocado à sala de emergência, ou então um enfermeiro com competências de triagem, ficaria adstrito a este posto, bem como um enfermeiro com mais competência na área da ortopedia, ficaria nesta área. Para além disso, os colegas com menos experiência eram divididos pelas diferentes valências da urgência, de forma a que a equipa se mantivesse equilibrada.

Por outro lado, no serviço de urgência, o apoio socio-emocional era, muitas vezes, prestado pelo enfermeiro coordenador de equipa – elemento fundamental para o envolvimento, motivação, satisfação e produtividade da equipa.

Existem quatro estilos de liderança: direção, orientação, apoio e delegação, adaptando-se o líder à maturidade de cada pessoa, após ter feito o diagnóstico do nível de desenvolvimento (Hersey & Blanchard, 1986).

O estilo de direção baseia-se no ensino, quando necessário, no fornecimento de instruções específicas e na supervisão de perto da realização das tarefas. Deve ser usado para os profissionais que ainda não têm competência, mas estão entusiasmados e motivados.

O segundo estilo, de orientação, apoia-se no dirigir, supervisionar, mas explicar também as decisões e solicitar soluções, apoiando os progressos mediante uma comunicação bidirecional. O líder pede sugestões, mas é ele quem toma a decisão final. Este estilo adequa-

se a profissionais com alguma competência, adquirida pela experiência ou pela formação, mas sem empenho (combinação de confiança e motivação).

O terceiro estilo, de apoio, assenta no facilitar e apoiar os esforços dos colaboradores para realizar as tarefas. Partilhar com eles a responsabilidade pela tomada de decisão, pedir sugestões, encorajando a autoconfiança e motivação das pessoas. É oportuno para profissionais que têm competência, mas não têm confiança, nem motivação, precisando de apoio para as sustentar.

O quarto e último estilo de liderança, a delegação, baseia-se no entregar aos colaboradores a responsabilidade pela tomada das decisões e pela resolução dos problemas do dia-a-dia. É adequado para quem tem desempenho ótimo, ou seja, associam competência e empenho.

O nível de desenvolvimento deverá ser avaliado em função do alcance de determinados objetivos. As pessoas podem necessitar de diretivas ou de apoio consoante as tarefas. Progressivamente, o líder tenta aumentar a competência e confiança da sua equipa, para que só necessitem de apoio e delegação para obter resultados de qualidade, uma vez que os líderes precisam de fazer aquilo que os profissionais não conseguem, de momento, fazer por si próprios (Hersey & Blanchard, 1986). O líder deve investir no potencial que cada enfermeiro da equipa possui, de forma a estimulá-los a alcançar os objetivos a que se propõem (Fradique, 2012), bem como ser capaz de conhecer as expectativas e as necessidades dos enfermeiros, o que contribuirá para uma maior eficiência e eficácia do processo de liderança (Marquis, 2005).

Relativamente à gestão da equipa de enfermagem, em contexto de urgência, percebi o papel do enfermeiro especialista na adequação dos recursos às necessidades, na supervisão e ajuste das respostas da equipa, na promoção da prestação de cuidados de qualidade e na adequação dos estilos de liderança, tendo em conta as necessidades de cada um dos elementos da equipa.

Competências Adquiridas:

As atividades e reflexões descritas foram essenciais para o desenvolvimento das competências no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, uma vez que: demonstrei consciência crítica para os problemas relacionados com o controlo da infeção e colaborei na gestão de recursos humanos e recursos materiais.

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

As competências do domínio da Gestão dos Cuidados apoiam-se na gestão dos recursos face à otimização da resposta dada, com vista à qualidade dos cuidados, articulando-os com a equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Face a isto, de seguida, irei apresentar os objetivos atingidos, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Objetivos:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade.
- Gerir a dor e promover o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou paliativa, otimizando as respostas.
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou paliativa.
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou paliativa.

Análise Crítico-Reflexiva das Atividades desenvolvidas:

A realização do **Módulo II – Cuidados Intensivos** constituiu uma oportunidade única no meu desenvolvimento profissional, uma vez que foi o meu primeiro contacto com a prestação de cuidados ao doente crítico. Desta forma, foram inúmeras as competências técnicas desenvolvidas.

Os instrumentos utilizados para mensurar a dor dividem-se em duas categorias: unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais são utilizadas em doentes conscientes e avaliam globalmente a dor, segundo o grau de intensidade, tal como a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa e a escala de faces (Silva, 2013). Por outro lado, as escalas multidimensionais são questionários e consideram a dor em categorias e dimensões (Silva, 2013).

Existem ainda as escalas comportamentais, que permitem avaliar as consequências da dor na vida do doente e foram desenvolvidas para monitorizar a dor em doentes sedados, inconscientes e com ventilação mecânica (Payen, et al., 2001). Tendo em conta que a maioria dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos apresenta incapacidade de

comunicar, devido a alterações no nível de consciência, à sedação e à presença de tubo endotraqueal e ventilação mecânica, o instrumento mais utilizado para heteroavaliação da dor no doente crítico entubado era a BPS (*Behavioral Pain Scale*). Este instrumento foi o primeiro a ser concebido e o mais utilizado para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem e analisa três pontos: a expressão facial, o movimento dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

Cerca de 50% dos doentes não cirúrgicos graves referem dor durante o internamento nas unidades de cuidados de intensivos, sendo as suas causas variadas: doença subjacente ao internamento, trauma, cirurgia, cuidados de enfermagem (como mobilização, aspiração de secreções, reabilitação), imobilização prolongada e procedimentos invasivos terapêuticos, diagnósticos ou de monitorização (Vilela & Ferreira, 2006). Desta forma, a avaliação da dor em cuidados intensivos assume particular dificuldade. Ao longo do estágio pude perceber que existem outros dados que nos fornecem informações relativas à dor, como a tensão arterial elevada, a taquicardia, a polipneia, a dilatação das pupilas e a expressão facial.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de identificar dor nos doentes, avaliar a sua intensidade e planejar intervenções adequadas ao seu controlo, tanto a nível farmacológico, como não-farmacológico, nomeadamente através da massagem e da alternância de decúbitos.

Outro dos instrumentos de avaliação que explorei foi a RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*), que pode ser usada em todos os pacientes hospitalizados para descrever o seu nível de alerta ou agitação, sendo usada, principalmente, em doentes ventilados mecanicamente, a fim de evitar excesso e sub-sedação (Ely, et al., 2003). Esta possui cinco níveis para a sedação (-1 a -5) e quatro para a agitação (+1 a +4), partindo de um ponto neutro (0) (Ely, et al., 2003).

Ao longo do estágio pude, ainda, desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem aquando da utilização do ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*), uma técnica de suporte cardiorrespiratório, que permite oxigenar adequadamente os tecidos, uma vez que incorpora uma membrana de oxigenação que substitui, de forma temporária, a função dos pulmões, permitindo, desta forma, que estes repousem e readquiram as suas funções vitais (Almeida, 2012). Embora se trate de uma terapêutica complexa e extremamente invasiva, está demonstrado o seu impacto positivo na sobrevivência e qualidade de vida dos doentes com problemas de falência respiratória e cardíaca (Almeida, 2012).

No que diz respeito às configurações de implementação desta técnica, existem duas abordagens: o sistema veno-venoso e o sistema veno-arterial. Em situações clínicas normais, a oxigenação está dependente de uma concentração de oxigénio e de um débito cardíaco adequado. Numa situação em que o doente ainda tem a capacidade de manter o seu débito cardíaco e apenas é preciso monitorizar a função respiratória, aplica-se um sistema veno-venoso. Por outro lado, nos casos em que é necessária a manutenção do débito cardíaco, ou seja, suporte cardiorrespiratório, aplica-se um sistema veno-arterial.

Durante o estágio, o sistema com o qual tive mais oportunidade de trabalhar foi o veno-venoso, que acaba por ser o mais comum, uma vez que reduz os riscos associados à canulação e manutenção dos acessos vasculares durante o tratamento. A abordagem consiste na colocação de uma cânula numa veia central, por onde uma bomba retira o sangue para o circuito extracorporeal, antes de circular através do oxigenador (Almeida, 2012). No interior deste, o sangue flui através da sua membrana, que funciona como uma interface para a difusão de gases – remoção de dióxido de carbono e oxigenação (Almeida, 2012).

Neste módulo pude, ainda, desenvolver competências relacionadas com a monitorização hemodinâmica invasiva, que é feita através da utilização de cateteres e transdutores que, ligados ao sistema, mostram os resultados encontrados em forma de onda no monitor cardíaco (Dias, et al., 2006). O procedimento de monitorização intra-arterial faz-se através da introdução de um cateter numa artéria, preferencialmente a radial ou a femoral, e esse cateter é ligado a um sistema de fluxo de alta pressão, com solução salina. Este tipo de monitorização é utilizado nos casos em que há necessidade de uma monitorização contínua da pressão arterial e permite, inclusive, um rápido acesso a resultados de gasometria arterial ou outras amostras laboratoriais (Azeredo & Oliveira, 2013). Nestes casos, fui capaz de perceber o quanto o resultado da pressão arterial pode ser alterado, em função do posicionamento do transdutor, da escolha da via do cateter venoso central, do posicionamento do doente e até mesmo da ventilação do mesmo, e dos valores da pressão positiva no final da expiração.

Para além disso, neste estágio, tive a oportunidade de assistir ao procedimento de colocação da monitorização da PIC (pressão intracraniana), que consiste na implantação de um cateter através do crânio, no espaço subaracnoide ou no ventrículo cerebral. Tal como na monitorização da pressão intra-arterial e da pressão venosa central, esta funciona através de um sistema com transdutor, e os dados são também apresentados no monitor. O objetivo deste tipo de intervenção consiste em controlar as alterações na pressão dentro do crânio, em doentes com a pressão intracraniana instável ou que apresentem hipertensão intracraniana

(Azeredo & Oliveira, 2013). Nos doentes com este tipo de monitorização pude perceber o quanto algumas variáveis influenciam os resultados obtidos, tais como: a cabeça deve ser mantida em posição neutra e elevada a 30°, para que seja possível otimizar o retorno venoso; deve ser evitada a posição de pronação pelo aumento das pressões intra-abdominal e intratorácica que acarretam, e conseqüente aumento da pressão intracraniana; e o doente deve ser mantido normotérmico (Azeredo & Oliveira, 2013).

Outros dos procedimentos que pude executar foi a monitorização da PIA (pressão intra-abdominal), que é definida como a pressão uniforme e oculta no interior da cavidade abdominal, proveniente da interação entre esta e as vísceras, oscilando de acordo com a fase respiratória e a resistência da parede abdominal (Milanesi & Caregnato, 2014).

Outros dos desafios, no decurso do estágio em cuidados intensivos, foi a ventilação mecânica, que consiste na manutenção das trocas gasosas, ou seja, na correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia: aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigénio, de forma a reduzir o desconforto respiratório; e permitir a aplicação de terapêuticas específicas (Carvalho, Junior, & Franca, 2007).

Atualmente, o suporte ventilatório pode dividir-se em: ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Em ambos os casos, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas, o oposto ao fisiológico (Carvalho, Junior, & Franca, 2007). Mas, enquanto que na ventilação invasiva essa pressão é feita através de um tubo oro ou naso traqueal ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva é utilizada uma máscara como interface entre o doente e o ventilador (Carvalho, Junior, & Franca, 2007). O estágio permitiu-me rever todos estes conceitos, bem como os diferentes modos de ventilação mecânica, controlados ou assistidos. Tratam-se de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que possui um papel preponderante no acompanhamento e cuidados prestados à pessoa submetida a ventilação mecânica, contribuindo fortemente para a redução do impacto negativo deste processo, prevenindo as suas complicações, reduzindo o período de internamento e melhorando a qualidade de vida das pessoas a elas sujeitas (Simões, 2016).

No **Módulo III – Cuidados Paliativos**, foi meu objetivo inicial a integração na equipa multidisciplinar e na estrutura física e organizacional da unidade, de forma a facilitar o meu percurso de desenvolvimento de competências. Concomitantemente, ambicionava ser capaz de prestar cuidados baseados nas necessidades dos doentes e famílias, mais do que com base

no diagnóstico ou prognóstico, de forma a “juntar vida aos dias e não dias à vida”, tal como preconizado por Cecily Saunders, fundadora dos Cuidados Paliativos.

Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

Neste sentido, e de forma a ser capaz de assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação paliativa, tive em conta as suas necessidades sociais, espirituais, culturais e de vivência, salvaguardando os seus desejos. Por outro lado, fui capaz de apoiar o doente, cuidadores e familiares, de modo continuado, nas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto, incluindo o antecipatório e patológico.

Quando a perda é esperada, pode ocorrer uma reação antecipada do luto. Trata-se de um processo normal, em que a pessoa toma consciência do significado da perda. No entanto, existem situações perturbadoras, em que a família antecipa todo o processo do luto e começa já a falar no passado, enquanto o doente ainda precisa de esperança e de apoio (Mendonça, 2011). Durante o estágio tive a oportunidade de vivenciar algumas destas situações, das quais recordo uma família que elaborou a mensagem que iriam enviar a dar conhecimento da morte do familiar e selecionou os contactos que a iriam receber. Ao tomar conhecimento desta situação, em parceria com a enfermeira tutora, procurei explicar à família que poderiam deixar essa tarefa para mais tarde e que aquele período poderia ser vivido como uma oportunidade para expressar e dissipar ambivalências e dizer tudo o que sentiam que fosse importante ao seu familiar.

Relativamente ao luto patológico, recordo uma situação transitória em que o processo de luto e as reações da filha do doente que tinha falecido adquiriram tal intensidade, que assumiram contornos de somatização, com sintomas físicos, como náuseas e vômitos. Foi fundamental o apoio prestado não só naquele momento, como no período pós-morte, por toda a equipa multidisciplinar. No entanto, muito desta sintomatologia podia ser também, sinal de sofrimento, perante a perda do seu familiar querido.

No que diz respeito à comunicação e ao estabelecimento de uma relação terapêutica, inicialmente, assumi uma postura de observação, de forma a perceber como estas se faziam entre o doente e o enfermeiro especialista. Daí pude constatar que a conversa seguia no sentido do estabelecimento de um compromisso e de forma a desenvolver um plano de intervenção adequado ao doente e à sua família, tendo em conta os problemas identificados por ambos. Nos momentos subsequentes, iniciei o meu treino ao nível da comunicação,

procurando estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa/família, o que constituiu o meu maior desafio ao longo deste módulo de estágio. Percebi que, efetivamente, comunicar em cuidados paliativos é, simultaneamente, tão importante, quanto desafiante. De forma a ser capaz de gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa / família em situação paliativa, procurei iniciar a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação, bem como selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação paliativa.

Já numa fase posterior, demonstrei conhecimentos em técnicas de gestão de más notícias e na aplicação de estratégias facilitadoras da comunicação. Neste sentido, optei por utilizar como base o Protocolo de Spikes, que compreende seis passos, nomeadamente: proporcionar o ambiente adequado, avaliar o que o doente já sabe, perceber o que o doente quer saber, partilhar informação, responder com verdade ao doente e planear e acompanhar o mesmo e a sua família (Baile, Buckman, Lenzi, & Glober, 2000).

Fui capaz de adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação paliativa e utilizei ferramentas de comunicação, tanto verbais, como não-verbais, adequadas, tanto com o doente, como com a família, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas.

Neste sentido, relembro o caso de uma doente, com um carcinoma no pâncreas, cuja família teve muita dificuldade em aceitar o momento, a partir do qual esta deixou de se alimentar.

Muitos dos doentes em cuidados paliativos apresentam variados sintomas que afetam grandemente a sua alimentação, tais como: astenia, anorexia, disfagia, diarreia, mucosite, xerostomia, náuseas, vômitos ou dispepsia (Pinho-Reis, 2014). Os fatores estão relacionados com a patologia de base; o tipo e localização do tumor; a evolução tumoral progressiva, avançada e descontrolada; os tratamentos antineoplásicos ou paliativos a que o doente foi submetido; os efeitos secundários induzidos pela terapêutica farmacológica; e o impacto psicológico que o saber que possuem uma doença incurável traz consigo para as suas vidas (Holmes, 2010).

As alterações são, maioritariamente, ao nível do sabor, do cheiro, da deglutição e na digestão dos alimentos (Pinho-Reis & Coelho, 2014). Estes sintomas, associados a uma perda da autonomia, da capacidade de comunicar e da via oral, podem transformar a refeição num momento muito menos prazeroso (Pinho-Reis & Coelho, 2014). Por outro lado, todo este processo de perda desta atividade de vida diária é encarado pela família, que vê na alimentação um ato de carinho e de transmissão de afeto, de forma negativa. A alimentação

transforma-se, muitas vezes, num fator gerador de *stress* e sofrimento para o doente e para a sua família (Pinto, 2012). Foi neste âmbito que desenvolvi a minha atividade junto desta família, procurando desmistificar o significado que atribuíam à alimentação e a ajustar as suas expectativas, face às necessidades da doente.

No decorrer do estágio, percebi que o controlo de sintomas e, particularmente, o controlo da dor, em todas as suas valências, são os principais focos de instabilidade e uma rápida interpretação e uma adequada atuação fazem parte das competências do enfermeiro especialista. No entanto, também percebi que preocupar-me unicamente com o controlo de sintomas, nomeadamente com a dor, a dispneia ou o *delirium*, não garante que a minha intervenção esteja a ser a mais adequada no sofrimento destes doentes, da mesma forma que descurar o controlo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade de vida (Neto, 2006). Verifiquei isso mesmo no caso particular de um doente com um carcinoma gástrico que, apesar da perfusão contínua de 100 mg de morfina e 45 mg de midazolam, fazia ainda doses de resgate de 10 mg de morfina e 3 mg midazolam de hora a hora, mantendo ainda assim a inquietude. Depois de esgotadas todas as formas de diminuição do sofrimento do doente, pelo alívio sintomático, pelo apoio psicológico incondicional, pelo recurso a fármacos, o sofrimento existencial mantinha-se refratário a todas estas medidas. Como tal, surgiu a possibilidade de implementação da sedação paliativa, que é definida pela EAPC (*European Association for Palliative Care*) como a administração propositada de fármacos, nas doses e combinações necessárias para reduzir a consciência de um doente com doença terminal ou avançada, tanto como necessário, para aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários e com consentimento explícito, implícito ou delegado (Cherny, Radbruch & The Board of the European Association for Palliative Care, 2009).

Os sintomas refratários podem ser físicos e/ou psicológicos, e são todos aqueles que não são adequadamente controlados, recorrendo a todas as terapêuticas disponíveis (Abreu, 2016). Os sintomas físicos refratários mais frequentes são o *delirium* e a dispneia, enquanto que a sintomatologia psicológica e espiritual refratária mais frequente passa pela depressão, ansiedade, desmoralização e angústia existencial (Abreu, 2016).

A sedação paliativa consiste no uso de fármacos destinados a induzir um estado de consciência diminuído ou ausente, com o objetivo de aliviar o sofrimento intratável, de uma maneira que seja eticamente aceitável para o doente, para a família e para os profissionais (Cherny, Radbruch & The Board of the European Association for Palliative Care, 2009).

Em cuidados paliativos, a sedação intermitente pode ser utilizada em diversas configurações, como: em situações transitórias, como aquando de um procedimento nocivo;

no tratamento de grandes queimados; no controlo de sintomas refratários no fim de vida; em situações de emergências ou em situações de sofrimento psicológico ou existencial (Cherny, Radbruch & The Board of the European Association for Palliative Care, 2009).

No caso clínico que recordei, houve a necessidade de trabalhar o doente e a família, no sentido de informá-los e esclarecê-los adequadamente sobre a terapêutica em questão. A sedação paliativa é uma medida utilizada como último recurso quando os sintomas, físicos e/ou psicológicos não são capazes de serem controlados recorrendo a todas as terapêuticas disponíveis (Abreu, 2016) e deve ser alvo de prudência e profunda reflexão, tendo em consideração os riscos potenciais e o Protocolo elaborado pela EAPC. Um dos resultados adversos esperados desta intervenção é a perda da capacidade de interação, que está intimamente relacionada com a profundidade da sedação que é aplicada (Cherny, Radbruch & The Board of the European Association for Palliative Care, 2009).

O principal objetivo da sedação paliativa é o de, ao diminuir o nível de consciência, aliviar a sintomatologia refratária do doente, para que este possa ter o conforto necessário até ao final da sua vida, sem antecipar a morte e usando a menor dose de fármaco possível (Abreu, 2016). Para as famílias este tipo de intervenção pode causar: tristeza, pela dificuldade em interagir com o familiar; sofrimento antecipado; confusão ou desacordo sobre as indicações para o uso de sedação; perceção de que a decisão de recorrer à sedação foi precipitada ou de que esta apressa a morte (Cherny, Radbruch & The Board of the European Association for Palliative Care, 2009).

Neste caso, tive a oportunidade de trabalhar alguns dos pontos referidos com o doente e com a família, nomeadamente ao nível da clarificação do objetivo terapêutico, como sendo o alívio do sofrimento e não a antecipação da morte, bem como ao nível dos seus efeitos, no estado de consciência, na comunicação, na alimentação e na hidratação oral e dos riscos associados, como a possibilidade de complicações que antecipem a morte.

Durante a sedação paliativa intermitente, foram proporcionados períodos de vigília ao doente, para que a equipa pudesse reavaliar o mesmo e a eficácia da terapêutica, bem como para dar a oportunidade ao doente e à família de comunicarem. Tratou-se de uma sedação ligeira, uma vez que o doente apesar de se encontrar mais sonolento, continuou a ser capaz de comunicar com a equipa e com a família. No entanto, há diversas questões éticas associadas à aplicação desta terapêutica, como em que casos deve ser aplicada a sedação paliativa intermitente ou se o sintoma é refratário. Apesar de tudo, o doente mantinha períodos em que se apresentava mais agitado, provavelmente devido à inquietude terminal, o que tornou a situação muito desgastante para todos, inclusive para a família, que

continuava com a sensação de querer fazer mais. Foi fundamental a equipa manter uma avaliação sistematizada e contínua, de forma a ser capaz de fazer tudo o que estiver ao seu alcance para evitar que o doente morra em sofrimento atroz (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016), preservar a sensata atitude de orientar a sua prática pelo princípio da beneficência e zelar pela dignidade do doente e família, através da suspensão de medidas invasivas e inúteis possibilitando um fim de vida tranquilo e apaziguador (Coelho, Rego, Costa, & Capelas, 2014).

A dor foi outro dos meus focos, em termos de pesquisa, ao longo deste módulo. Esta tem aspetos sensoriais, afetivos e comportamentais e deve ser considerada como uma experiência, genuinamente subjetiva e pessoal (Silva & Ribeiro-Filho, 2011). Dor é aquilo que o doente refere como tal, e assume-se como uma das complicações mais frequentes nos doentes com carcinomas e como uma das causas da diminuição da qualidade de vida destes doentes, apesar de ser potencialmente controlável (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

Em cuidados paliativos, o conceito de dor total inclui diferentes dimensões – orgânica, psicológica, social e espiritual, tal como preconizado por Cecily Saunders. A sua avaliação assume suma importância e deve ser encarada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo este um fator decisivo e indispensável para a humanização dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Este estágio proporcionou-me o desenvolvimento de competências ao nível da gestão da terapêutica analgésica, nomeadamente na rotação de opióides, por exemplo na passagem de um sistema transdérmico para uma perfusão contínua. A rotação é realizada com o objetivo de reduzir os efeitos adversos intoleráveis ou melhorar a analgesia, no entanto são muitos os fatores que podem contribuir para a diminuição da eficácia analgésica dos opióides na dor crónica, tais como: a tolerância farmacológica, o possível desenvolvimento da hiperalgesia, e a progressão da doença (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). De forma a evitar essas situações é recomendada a utilização de uma tabela de equivalência de dosagens, sendo aconselhada uma redução de 30/50% da dose do novo opióide e tendo em consideração que a potência e a biodisponibilidade dos opióides varia consoante a via de administração (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Compreender a farmacologia dos opiáceos, o impacto da via de administração e o potencial de interação medicamentosa foram atividades importantes que desenvolvi, de forma a ter capacidade de gestão da dor.

No sentido de ser capaz de gerir a dor e promover o bem-estar da pessoa em situação paliativa, otimizando as respostas, identifiquei as evidências fisiológicas e emocionais de

mal-estar, apliquei instrumentos de avaliação da dor, como a Escala Numérica de 0 a 10 ou a Escala de Faces de *Wong Baker*, monitorizei a dor e demonstrei conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação paliativa. Fui também capaz de garantir a gestão de medidas farmacológicas de controlo da dor e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da mesma, como aplicação de frio ou calor e massagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para além disso, a realização deste módulo permitiu-me desenvolver conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas e fármacos, por exemplo ao nível da utilização de cateteres totalmente implantados ou da utilização privilegiada da via subcutânea, para administração de fármacos e hipodermóclise, de forma contínua ou intermitente, uma vez que se trata de uma via que implica menos custos, é menos invasiva e, por isso, menos dolorosa para o doente e de fácil manutenção (Pontalti, et al., 2012).

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de participar na reunião semanal interdisciplinar, onde é discutida, formalmente, a situação clínica de cada um dos doentes, tendo cada um dos intervenientes, um papel fulcral, acrescentando os seus dados e a sua visão sobre o doente e sobre a sua família, de forma a ser analisado o plano terapêutico.

Os cuidados paliativos podem ser prestados, de forma articulada, por diferentes tipologias: equipas de cuidados paliativos domiciliários, unidades de cuidados paliativos, equipas intra-hospitalares de suporte e em hospitais de dia (Capelas & Coelho, 2014).

Neste sentido, optei por realizar algumas horas de estágio na assistência em Hospital de Dia, vocacionado para medidas paliativas, que não requeiram internamento, como terapêuticas de quimioterapia paliativa ou técnicas de diagnóstico e terapêutica especializadas, tais como: drenagens torácicas e paracenteses, com o objetivo de diminuir a ascite com desconforto abdominal e respiratório; punções lombares e administração de tratamento intra-tecal, com o objetivo de expor o líquido, meninges e sistema nervoso a uma concentração efetiva de antineoplásico; e punções para mielograma e biópsia óssea, para avaliação da medula. Neste contexto pude verificar um outro lado dos cuidados paliativos, também focalizado no tratamento, na recuperação e na forma como o doente encara esta transição saúde-doença.

No **Módulo I – Serviço de Urgência**, percebi que o controlo de sintomas e, particularmente, o controlo da dor, em todas as suas valências, são os principais focos de instabilidade e uma rápida interpretação associada a uma adequada atuação fazem parte das competências que desenvolvi, enquanto futura enfermeira especialista. Ao longo do estágio,

percebi que a dor é um dos principais motivos que leva a pessoa a dirigir-se ao serviço de urgência.

Para além da dor, a grande maioria dos doentes que dão entrada no serviço de urgência apresentam, essencialmente, patologias médicas do foro cardíaco, respiratório, neurológico e urológico, sobre as quais procurei desenvolver conhecimentos e competências, de forma a ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados.

O atendimento à pessoa em situação crítica neste serviço de urgência é baseado no algoritmo do Sistema de Triagem de Manchester. Segundo o Grupo Português de Triagem, este método fornece ao profissional, “não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Grupo Português de Triagem, 2015). A avaliação clínica é realizada a partir do principal sinal ou sintoma apresentado pela pessoa ou identificado pelo profissional de saúde. Este algoritmo possui cinquenta fluxogramas baseados em diferentes queixas e que abrangem praticamente todas as situações apresentadas nos diferentes serviços de urgência (Grupo Português de Triagem, 2015). A queixa principal leva-nos à escolha do fluxograma de apresentação e, posteriormente, é necessário recolher e analisar dados que nos permitam a determinação da prioridade clínica, através dos discriminadores-chave, colocados em forma de perguntas (Grupo Português de Triagem, 2015). Os discriminadores, podem ser gerais ou específicos, e permitem a inclusão dos doentes numa das cinco prioridades clínicas: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente (Grupo Português de Triagem, 2015).

Existe ainda a cor branca, que embora não conste das *guidelines* internacionais como uma prioridade, é utilizada a nível nacional, para algumas situações particulares, como a transferência para o hospital da área de residência ou a indicação médica (Moreira, 2010).

Neste estágio, pude também perceber a complexidade da identificação do fluxograma mais adequado, tendo em conta o motivo que leva a pessoa ao serviço de urgência. Esta tarefa torna-se ainda mais difícil quando a pessoa tem dificuldade em exprimir as suas queixas. Concomitantemente, o enfermeiro especialista possui uma elevada responsabilidade, pois da sua triagem dependerá o tempo que o doente demorará a ser atendido. Neste sentido, existem competências fundamentais para a realização desta tarefa, nomeadamente: capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, raciocínio clínico, reconhecimento de padrões, formulação de hipóteses, representação mental e intuição (Silva, 2009). É elementar que, para além dos elevados conhecimentos teórico-práticos, o enfermeiro tenha capacidade de organização e de tomada de decisão rápida, destreza,

dinamismo, agilidade mental que lhe permita detetar sinais subtis e capacidade de comunicação (Silva, 2012).

Na triagem, a gestão de conflitos ganha particular expressão, pois não são raras as situações em que os doentes e os seus acompanhantes fazem reclamações pelo tempo de espera ou pela cor da pulseira atribuída, ou têm comportamentos menos adequados, devido à angústia de ver entrar um familiar na sala de emergência. Para além das competências comunicacionais, percebi que o enfermeiro especialista deve adotar uma postura assertiva e calma, de forma a ser capaz de contornar esta problemática.

Quando é atribuída uma pulseira de cor vermelha (situação emergente) ou de cor laranja (muito urgente) e, à partida, trata-se de um doente instável, com alterações do estado de consciência e/ou com compromisso da via aérea, este é encaminhado, imediatamente, para a sala de emergência. Nesse momento é ativada a equipa de emergência através de um sinal sonoro que se ouve em toda a urgência e todos os profissionais previamente definidos sabem a sua função.

A metodologia utilizada na avaliação do doente crítico baseia-se nas Recomendações do Conselho Português de Ressuscitação e denomina-se ABCDE – A (*Airway*), B (*Breathing*), C (*Circulation*), D (*Disability*) E (*Exposure*) (European Resuscitation Council, 2015). Relativamente às minhas experiências na sala de emergência, tive a oportunidade de atuar, em conjunto com a equipa, no cuidado a pessoas com, por exemplo: hipoglicemia, enfarte agudo do miocárdio (via verde coronária), acidente vascular cerebral (via verde acidente vascular cerebral), sépsis (via verde sépsis), entre outros. Deste modo, foi possível perceber que se trata da metodologia mais adequada, uma vez que permite que a equipa atue de forma organizada e sistemática, até à estabilização da pessoa em situação crítica. No que diz respeito às vias verdes, é de salientar o papel do enfermeiro especialista, na identificação precoce dos casos e, posteriormente, na abordagem e estabilização do doente. A ação do enfermeiro especialista pode fazer a diferença entre a existência de sequelas e um tratamento efetivo.

Competências Adquiridas:

As atividades e reflexões descritas foram essenciais para o desenvolvimento das competências no domínio da Gestão dos Cuidados, uma vez que: formulei e analisei questões e problemas de maior complexidade, de forma autónoma e sistemática; demonstrei conhecimentos e habilidades no cuidado ao doente em situação crítica e/ou paliativa; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento

com a pessoa e com a família; demonstrei conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento da relação terapêutica e fui capaz de refletir na e sobre a prática, de forma crítica.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

As competências do domínio do *Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais* fundamentam-se no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, baseando a sua prática na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tendo por base as aprendizagens, de seguida, irei apresentar os objetivos atingidos, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

Objetivos:

- Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento.

Análise Crítico-Reflexiva das Atividades desenvolvidas:

Ao longo do **Módulo II – Cuidados Intensivos**, pude perceber que as unidades de cuidados intensivos se assumem como o local mais adequado para o tratamento da pessoa em situação crítica. No entanto, este internamento é sentido como um evento assustador e stressante, devido às mudanças que acarreta, tendo em conta o aumento da vulnerabilidade e a diminuição do bem-estar da pessoa (Meriläinen, Kyngäs, & Ala-Kokko, 2010). Trata-se de um acontecimento difícil e significativo, pois rompe com o modo de vida do doente, onde muitas vezes, devido à gravidade clínica, estes não têm capacidade de decisão e de participação no seu plano terapêutico (Coelho, Rego, Costa, & Capelas, 2014). Assim, a equipa assume um papel primordial no zelo pelo bem-estar do doente, a quem devem ser prestados cuidados humanizados, mantendo a dignidade e qualidade de vida. Desta forma poderemos dizer que “não há doentes mas sim, há pessoas” (Carqueja, 2009).

Neste sentido, o cuidado humanizado consiste em “afirmar o humano na ação e isso significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de

forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma as componentes racionais e sensíveis” (Waldow & Borges, 2011).

A humanização dos cuidados de enfermagem vai ao encontro do conceito eCASH, que consiste na implementação precoce da gestão e prevenção da dor, ansiedade, agitação, *delirium* e imobilidade, facilitando a adesão da pessoa em situação crítica ao cuidado. De uma maneira geral, este conceito traduz-se numa procura precoce do conforto, usando a analgesia, o mínimo de sedativos e cuidados humanos máximos (Vincent, et al., 2016).

São diversos os problemas potenciais associados a uma sedação profunda, designadamente: perda de contacto humano, depressão respiratória, disfunção do diafragma (induzida pela inatividade), depressão miocárdica e instabilidade hemodinâmica, alterações microvasculares, função do intestino alterada, microaspirações, risco aumentado de pneumonia, aumento do risco de tromboflebite, risco de úlcera de pressão, *delirium*, fraqueza muscular, imunossupressão, ventilação mecânica prolongada e dificuldade no desmame, internamento prolongado, défice cognitivo permanente, doenças psicológicas crónicas e aumento dos custos (Vincent, et al., 2016). No entanto, a sedação moderada ou profunda, permanece relevante para algumas situações, como por exemplo, no tratamento da insuficiência respiratória grave, na dissincronia da pessoa com o ventilador, ou em casos de cirurgias que implicam uma imobilização rigorosa (Vincent, et al., 2016). Alcançar e manter um nível leve de sedação pode ser suficiente para evitar os potenciais danos causados pela sedação profunda, tais como: complicações cardiovasculares, inibição da tosse e expulsão das secreções, depressão respiratória, dificuldade no desmame ventilatório ou dependência física e psicológica (Costa, Marcon, Macedo, Jorge, & Duarte, 2014).

Neste contexto, em resposta à assincronização paciente-ventilador, em primeiro lugar, devem ser feitos esforços para adaptar o ventilador e, apenas numa fase posterior, passar para o aumento da utilização de analgésicos e/ou sedativos (Vincent, et al., 2016). O ventilador deve ser sempre adaptado ao doente, e não o doente ao ventilador. Nos casos em que com a analgesia e sedação leve não conseguimos um doente tranquilo e cooperativo, devem ser identificadas e corrigidas as falhas, antes de considerar qualquer recurso de sedação profunda.

O cuidado centrado no doente, incorpora diversos componentes, nomeadamente: comunicação frequente e apropriada, explicações dos componentes do cuidado, redução do ruído, evitar restrições desnecessárias, promoção do sono à noite, atividade física e mobilização precoce, estímulo mental, terapia ocupacional e treino cognitivo e envolvimento da família (Vincent, et al., 2016).

Tendo em conta o tempo de duração do estágio, optei por debruçar o meu estudo na problemática do sono, que é definido pela CIPE ® versão 2, como: “repouso: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos” (International Council of Nurses, 2010).

A experiência do sono na pessoa em situação crítica, internada na unidade de cuidados intensivos, assume-se, muitas vezes, como insatisfatória e potencialmente prejudicial e um sono comprometido pode ser um prelúdio e um fator de risco para o *delirium* (Vincent, et al., 2016).

Neste sentido, como forma de contributo para a equipa e para a unidade, desenvolvi um estudo de caso (*Apêndice I*). A escolha do caso deveu-se ao facto de a doente estar sob suporte de ECMO e, numa fase mais avançada do internamento, estar acordada, com um valor da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) de 0, algo que acontece raramente e me permitiu desenvolver uma forte relação terapêutica com a mesma. Este mesmo trabalho incorpora, ainda, uma avaliação da qualidade do sono (*Apêndice I*), de forma a identificar os fatores perturbadores do mesmo e a avaliar a perceção do enfermeiro sobre a sua qualidade e quantidade. Para além disso, elaborei uma revisão da literatura sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos (*Apêndice II*), estando este artigo em processo de revisão por pares para publicação numa revista científica. Concomitantemente, tomei conhecimento da realização do Seminário InPalIn: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos, organizado pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e pelo Hospital da Luz – Arrábida. Vi neste Seminário uma excelente oportunidade para apresentar os resultados do meu estudo, pelo que submeti um *abstract* utilizando o artigo sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos. O mesmo foi aceite e foi apresentado em forma de póster (*Apêndice III*). A escolha deste Seminário prendeu-se com a pertinência da temática da integração da filosofia e práticas dos cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos, em aspetos como: decisões éticas, cuidados em fim de vida, acompanhamento no luto, entre outros.

Como principais intervenções não-farmacológicas de promoção do sono em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, a evidência analisada destaca: as terapias complementares, como a musicoterapia, a aromaterapia, a massagem, a técnica de imagem guiada e a acupressão; as intervenções relacionadas com o meio ambiente, como a

sincronização de atividades com a luz do dia, a redução do ruído, a melhoria do conforto do doente e a coordenação e agrupamento dos cuidados, de forma a permitir um tempo ininterrupto de sono; e, por fim, as intervenções sociais, como o apoio familiar (Eliassen & Hopstock, 2011) (Sandoval, 2017).

Tendo em conta os fatores mencionados na literatura analisada, foi elaborado um quadro de avaliação do diagnóstico de situação (*Apêndice I, pág. 95*), que inclui alguns parâmetros mensuráveis e aplicáveis ao contexto do estágio, designadamente: a hora em que é diminuída a intensidade da luz, em que há diminuição do ruído e dos fluxos de trabalho, a que horas são apagadas as televisões e quando aumentam novamente os fluxos de trabalho, de forma a realizar um diagnóstico da situação na unidade de cuidados intensivos em questão. Esta avaliação foi realizada por mim, nos turnos da noite, através do preenchimento do quadro de avaliação, com a hora referente a cada um dos parâmetros mencionados.

Após a aplicação do mesmo, foi possível concluir que os parâmetros avaliados são fatores geradores de distúrbios de sono aos quais os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar atentos e integrarem no seu plano de trabalho, de modo a promoverem o sono de qualidade das pessoas sujeitas a cuidados.

Para além disso, foi elaborada uma entrevista estruturada aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e em reabilitação, de forma a avaliar a perceção dos mesmos sobre a qualidade e a quantidade do sono e para perceber quais as estratégias de mobilização precoce utilizadas no serviço, uma vez que se trata de um dos componentes do cuidado centrado no paciente. Os guiões (*Apêndice I, pág. 96*) foram revistos, quanto à sua adequação, por dois enfermeiros especialistas e mestres.

Ao longo das entrevistas realizadas, foi possível percecionar as dificuldades sentidas por estes profissionais. Ou seja, todos têm consciência da importância do sono e quais as estratégias de promoção do mesmo, no entanto, não são capazes de enumerar sugestões de melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação crítica. Por outro lado, nos planos de cuidados elaborados pela equipa de enfermagem, no sistema informático, foi possível identificar que o sono é, poucas vezes, percecionado pelos enfermeiros como um foco de enfermagem. Os registos de enfermagem, no que diz respeito ao sono, são exíguos, centrando-se principalmente na quantidade de sono e menos na qualidade.

As sugestões de melhoria poderiam prender-se, em primeira instância, com a consciencialização da equipa para apagarem as televisões mais cedo. A diminuição da intensidade da luz está intimamente relacionada com a diminuição dos fluxos de trabalho e esta, por sua vez, com a diminuição do ruído. Muitas vezes, tendo em conta a complexidade

dos cuidados prestados, não é fácil gerir estes fatores, pelo que a sugestão seria uma dotação adequada de enfermeiros, de acordo com, por exemplo, o *Nursing Activities Score*, bem como a antecipação do horário de entrada no turno da noite, de forma a que a passagem de turno ocorresse mais cedo.

Relativamente ao paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, os enfermeiros mostraram-se bastante reticentes à sua implementação, por não se encontrarem consciencializados para esta problemática. Deste modo, e face aos seus benefícios, foi sugerido um investimento na formação destes profissionais, para que possam ser capazes de utilizar estratégias para gerir as causas de agitação da pessoa em situação crítica, sem recorrer à sedação profunda. Outra sugestão de melhoria, seria um elemento da equipa, perito na área, ser o suporte para o aconselhamento nos casos mais difíceis. Numa fase posterior, e pontualmente, poderia ser feita uma reunião onde fossem discutidos os casos mais complexos, de forma a encontrar soluções que beneficiem a prestação de cuidados.

As estratégias de mobilização precoce são um dos pontos da estratégia eCASH, e consistem no desenvolvimento de programas de estimulação mental e física, cujos benefícios se prendem com a diminuição da agitação, da fraqueza muscular e do *delirium* (Vincent, et al., 2016). Apesar de ser uma atividade com alguns riscos, esses parecem ser menores que a sua não implementação. O facto de existir um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação durante os turnos da manhã e da tarde é já uma mais-valia para a prestação de cuidados integrais e de qualidade.

Relativamente à comunicação, poderia constituir uma melhoria, o facto de ser pedido aos familiares que trouxessem os aparelhos auditivos e os óculos, por exemplo, para que a pessoa em situação crítica conseguisse comunicar, tanto com a equipa, como com a sua família, de forma mais eficaz.

Após a obtenção destes resultados, os mesmos foram comunicados e discutidos com o enfermeiro tutor e com a equipa, ficando no poder da coordenação do serviço a sua análise. Contudo, durante as 180 horas de estágio, não foi possível obter resposta.

Na fase final deste módulo, em forma de partilha com os restantes mestrandos e docentes, foi realizada uma apresentação oral do percurso de aprendizagem vivido, onde foram apresentados os contributos, experiências e competências desenvolvidas, com principal enfoque no trabalho desenvolvido no âmbito do sono (*Apêndice IV*).

Relativamente ao **Módulo III – Cuidados Paliativos**, no que diz respeito ao suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, ao longo do estágio, fui identificando

formas de aumentar o conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, de forma a desenvolver competências relativas ao Saber-Saber.

No decorrer do estágio, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*), como processo de colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, a desafio da Professora Doutora Patrícia Coelho (*Apêndice V*). O desafio foi aceite de imediato, por mim e por outra colega de curso, que também estava a fazer o mesmo módulo no serviço, e foi encarado com enorme motivação e responsabilidade. De facto, a tradução e validação desta escala, torna-se uma ferramenta importante para a prática atual dos cuidados paliativos, pois as necessidades das famílias / cuidadores são questões de relevo e condicionadoras do processo de saúde-doença. Deste modo, achámos pertinente participar neste projeto, pois acreditamos na sua aplicabilidade no dia-a-dia dos cuidados paliativos.

Numa fase inicial, foi efetuado o pedido de autorização aos autores da Escala CSNAT, pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, para a tradução e validação da Escala para Português de Portugal.

Posteriormente, foram elaboradas duas traduções independentes uma da outra, por dois tradutores bilingues. Obtendo-se assim a tradução 1 e a tradução 2. Após isto, o próximo passo seria proceder à sincronização destas duas versões traduzidas, de modo a perceber quais as semelhanças / diferenças entre elas e, de acordo com o conhecimento da prática de cuidados paliativos em Portugal, perceber quais seriam os termos / frases mais adaptados e de fácil entendimento perante a nossa população. De facto, a forma prática e simples como a escala se apresenta torna-se fundamental para o seu entendimento, tendo em conta a população a que se destina, assim como facilita o trabalho do profissional que a aplica.

Foi nesta fase da validação da escala que o nosso trabalho foi realizado. Na prática, reunimos as duas traduções e, paralelamente, procedemos à sua análise e sincronização. Foram vários os pontos de discussão, que passamos a analisar, particularmente em relação à seleção dos termos a utilizar, designadamente:

- . Suporte vs. Ajuda vs. Apoio
- . Entender vs. Compreender
- . Gerir vs. Lidar
- . Problemas vs. Questões
- . Providenciar vs. Prestar
- . WC vs. Casa de banho
- . Questões vs. Preocupações

Nesta fase foram fundamentais o apoio e articulação que as enfermeiras tutoras e peritas nos deram na sincronização da tradução e aferição dos termos.

Após a obtenção da primeira sincronização das duas traduções, realizámos uma reunião de consenso entre toda a equipa responsável pelo estudo, onde fizemos uma aferição dessa mesma sincronização e, a partir da qual, obtivemos a primeira versão da escala portuguesa do CSNAT.

A partir deste momento, e devido ao limite de tempo deste módulo de estágio, passou a ser outra colega, estudante de Mestrado em Cuidados Paliativos, a liderar o processo de tradução e validação da escala, com a qual também continuei a colaborar. A fase seguinte da validação da Escala CSNAT passou pela retro tradução para a língua original, de forma a que os autores pudessem perceber se a linguagem utilizada é a mais adequada e fiel à versão original.

Relativamente ao **Módulo I – Serviço de Urgência**, no que diz respeito ao suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, ao longo do estágio, fui identificando algumas oportunidades de melhoria, que culminaram em oportunidades relevantes de investigação.

No decorrer do estágio, e sendo a urgência um serviço onde se prestam cuidados direcionados à pessoa em situação crítica, verificou-se que havia a necessidade de intervenção com as suas famílias, pois também estas constituem um alvo de prática de cuidados por parte da equipa de enfermagem.

As necessidades da família da pessoa em situação crítica têm sido um tema de interesse em diversos estudos, mas todos com um objetivo similar: conhecer as necessidades da família para possibilitar um planeamento de intervenções por parte dos profissionais com o intuito de direcionarem a sua prática de cuidados individualizada e sistematizada às necessidades prementes da família (Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

No serviço de urgência, particularmente na sala de observação, que permite a permanência de curta duração de doentes com necessidade de monitorização contínua e vigilância hemodinâmica, há a possibilidade de um maior contacto com a família das pessoas em situação crítica. Foi possível verificar que, de facto, existe uma necessidade de diálogo e de apoio emergente por parte da equipa multidisciplinar com estas famílias.

Neste sentido, desenvolvi um trabalho, em parceria com uma colega de curso, que também estava a fazer o mesmo módulo no serviço, subordinado ao tema – Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação Crítica (*Apêndice VI*), que culminou com a submissão de um *Abstract* (*Apêndice VI, pág. 207*), para participação no *4th International*

Health Congress, organizado pelo Instituto Politécnico de Leiria, para o qual obtivemos uma resposta positiva e de aceitação, com apresentação do mesmo em forma de póster (*Apêndice VI, pág. 211*), em maio de 2018. Para além disso, o resumo será publicado numa revista internacional com fator de impacto de 1.61, o que constitui uma janela de oportunidade para transferir conhecimento.

As famílias possuem as suas próprias necessidades, que devem ser assistidas por parte dos profissionais, constituindo o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente (Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009). Logo, esta deve ser vista como uma extensão do próprio doente, que também se revela um alvo de prestação de cuidados.

A situação crítica, pode conduzir ao aparecimento de problemas emocionais e psicológicos, não só para o próprio, mas também para a família. Normalmente, esta vivencia momentos dolorosos, de ansiedade, raiva e frustração, com a aproximação do sofrimento do doente, com a rutura do quotidiano familiar, manifestam preocupação com os cuidados que estão a ser prestados, e, inclusive, medo da morte do seu ente querido (Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

As necessidades da família consideradas mais importantes pela mesma, referem-se à dimensão da garantia de informação, como por exemplo, obtenção de respostas sinceras e conhecimento do prognóstico do seu familiar, e as consideradas menos importantes dizem respeito à dimensão de suporte e conforto, como por exemplo, obter informações acerca dos serviços religiosos disponíveis e ter mobiliário confortável na sala de espera (Fortunatti, 2014).

O mesmo autor também refere que, numa equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais mais apropriados para liderar iniciativas com o objetivo de conhecer e satisfazer as necessidades da família da pessoa em situação crítica (Fortunatti, 2014).

É necessária uma avaliação e intervenção rápidas pela equipa, pois a ansiedade pode interferir com a capacidade da família de receber e compreender informações, estimulando um padrão familiar adequado e o recurso a estratégias de coping familiar, como o confronto, a aceitação, o autocontrolo ou a procura de suporte social (Jane, 2002).

Desta forma, a equipa deve desenvolver várias intervenções, apesar de, por vezes, serem difíceis de implementar em contexto de serviço de urgência, tais como (Jane, 2002):

- . Identificar um porta-voz na família e pessoas capazes de fornecer apoio;
- . Estabelecer um contacto primário da equipa de enfermagem com a família;

- . Ser flexível no acesso da família ao paciente: horário flexível, fornecer número direto do serviço;
- . Estabelecer um mecanismo de contacto entre a equipa e a família;
- . Fornecer informação baseada nas necessidades familiares verificadas;
- . Certificar que os serviços de apoio se encontram disponíveis;
- . Explicar procedimentos e utilizar termos compreensíveis;
- . Acolher a família no serviço;
- . Incluir a família na prestação de cuidados ao paciente (se manifestar essa vontade);
- . Incluir a família na planificação e implementação dos cuidados em fim-de-vida;
- . Promover cuidados paliativos e suporte para pacientes em fase de fim de vida e sua família;
- . Promover um ambiente confortável para a família;
- . Atualizar a família em relação à condição do paciente;
- . Referenciar a família para sistemas especializados de apoio familiar.

A essência do cuidar implica perceber o outro, tal como ele se apresenta, na sua comunicação verbal e não-verbal, nos seus conceitos e limitações. Não basta deixar entrar a família da pessoa em situação crítica nos serviços, é necessário acompanhá-la, preparar esta entrada, questionar acerca da existência de dúvidas, esclarecê-las, observar as reações e comportamentos da família, entender as suas emoções, cuidando dos mesmos (Inaba, Silva, & Telles, 2005).

A relação da equipa de enfermagem com a família deve ir para além de fornecer informações sobre o estado da pessoa em situação crítica, ou possibilitar uma visita em horário alternativo. Esta relação deve ser fortalecida através do apoio fornecido, por tempo para esclarecimentos e partilhas das angústias, medos, receios, respeitar silêncios e desabafos, por um sorriso, pelo contato visual, pelo toque, por um tom de voz suave e reconfortante, sem recurso a um discurso banal, sem moralismos, eufemismos enganosos ou falsas expectativas (Mezzaroba, Freitas, & Kochla, 2009). Estas são atitudes que fortalecem a relação equipa-família.

Ao longo do estágio, procurei acompanhar a família neste processo crítico, acolhendola, trabalhando com ela estes aspetos, numa perspectiva humanista do cuidar, sempre em interligação com a tutora e restante equipa.

Competências Adquiridas:

As atividades e reflexões descritas foram essenciais para o desenvolvimento das competências no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, uma vez que: fui capaz de interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, e de incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, com base na evidência científica; mantive, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e refleti na e sobre a prática, de forma crítica.

3. CONCLUSÃO

Tendo em conta a crescente mudança do paradigma da saúde, torna-se cada vez mais importante, o investimento do enfermeiro na sua educação e formação, em resposta aos inúmeros desafios que lhe são colocados. No entanto, não bastam conhecimentos científicos ou técnicos, mas sim um saber aprofundado, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e um elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume um papel preponderante, uma vez que é cada vez mais um profissional com capacidade de reflexão, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica. Possui, ainda, competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

A realização do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica possibilitou-me diversos momentos de reflexão na e sobre a prática, que me permitiram desenvolver um conjunto de competências que incorporam o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser.

Na prática dos cuidados, pautei-me pela criação de uma boa relação com todos os profissionais e colegas, participando e garantindo o trabalho em equipa, tive uma conduta responsável e de acordo com os princípios éticos e deontológicos e procurei assumir uma atitude pró-ativa, autónoma e de gestão global dos cuidados de enfermagem, considerando as necessidades da pessoa/família em situação crítica e/ou paliativa e seguindo uma prática baseada na evidência.

Considero ter sido fundamental a minha capacidade de organização e de estabelecimento de prioridades, de forma a dar resposta aos objetivos a que me propus, e tendo em conta os principais constrangimentos – o tempo e a dificuldade de conciliação da atividade profissional com a atividade académica.

A elaboração do presente documento permitiu-me demonstrar as atividades realizadas na consecução dos objetivos, previamente delineados, e dar realce à minha atitude crítico-reflexiva na aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-

-Cirúrgica, no respeito pelo doente em situação crítica e/ou paliativa, em todo o percurso de aprendizagem.

Os contributos dados em cada módulo de estágio às equipas ou aos enfermeiros tutores foram ao encontro das oportunidades de melhoria identificadas e do tema transversal a todo o Relatório – a Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa.

Na unidade de cuidados intensivos, desenvolvi um estudo de caso e fiz uma avaliação da qualidade do sono, de forma a identificar os fatores perturbadores do mesmo e a avaliar a perceção do enfermeiro sobre a sua qualidade e quantidade. Para além disso, elaborei uma revisão da literatura sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos, estando este artigo em processo de revisão por pares para publicação numa revista científica. Participei, ainda, no Seminário InPalIn: Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos, organizado pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e pelo Hospital da Luz – Arrábida, com um póster sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos. Como grandes aprendizagens neste módulo de estágio, destaco as competências adquiridas ao nível da promoção do sono, da monitorização hemodinâmica invasiva, da ventilação mecânica, do controlo da analgesia e sedação, e das intervenções de enfermagem no doente com ECMO.

No módulo relativo aos cuidados paliativos, participei no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*), em colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos. As maiores aprendizagens neste módulo foram ao nível da comunicação, do controlo de sintomas, da gestão terapêutica e do trabalho em equipa.

No último módulo, referente ao serviço de urgência, realizei um *Abstract* para participação no *4th International Health Congress*, com o tema “*Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness*”, que culminou com a apresentação e divulgação do mesmo em forma de póster, em maio de 2018. Para além disso, o resumo será publicado numa revista internacional com fator de impacto de 1.61. Neste módulo, realço como principais aprendizagens as intervenções de enfermagem no cuidado ao doente crítico e os conhecimentos desenvolvidos no âmbito do controlo de infeção.

Ao longo do estágio, adquiri, aprofundei e desenvolvi competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, na vertente dos cuidados especializados na área da

Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a análise crítico-reflexiva de situações complexas.

Apesar da dificuldade de conciliação da atividade profissional com a atividade acadêmica, sinto que se tratou de uma experiência extremamente gratificante e muito enriquecedora, na qual tive inúmeras oportunidades que me levam a terminar este estágio muito mais rica em termos pessoais e profissionais.

Concluído este percurso, considero que foram desenvolvidas competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma satisfatória, o que me dá ferramentas para ser capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados, com base na reflexão e na evidência científica, integrando um conjunto de saberes científicos e relacionais, de forma a assumir uma atitude diferenciada no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou paliativa.

Futuramente, pretendo continuar a dar visibilidade à enfermagem como profissão e disciplina através da formação e da investigação, com a participação em estudos de investigação e projetos de serviço, bem como, na disseminação de resultados com a publicação de artigos científicos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2016). Sedação Paliativa Contínua e Intermitente: a propósito de um caso clínico. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa .
- Almeida, V. (2012). *Impacto Directo dos Custos com Ecmo no Total de Custos da UCI no Tratamento de Doentes com Insuficiência Respiratória Aguda Grave*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.
- Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/90. *Lei de Bases da Saúde*.
- Assembleia da República. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Assembleia da República. (1998). Lei n.º 36/98. *Lei de Saúde Mental*.
- Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República nº 1/2001. *Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*.
- Assembleia da República. (2006). Diário da República - I série - A. *Decreto-Lei nº 74/2006, nº 60, 2242-2257*.
- Assembleia da República. (2007). Lei n.º 59/2007. *Código Penal*.
- Assembleia da República. (2012). Lei nº 52/2012. *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*.
- Assembleia da República. (2015). Decreto-Lei n.º 156/2015. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
- Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, pp. 44-54.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., & Glober, G. (2000). SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *The Oncologist*, 5.

- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos - 3ª edição*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (Março de 2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 7-16.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Capelas, M., & Coelho, S. (março de 2014). Pensar a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*, pp. 17-26.
- Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: Um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, pp. 7-40.
- Carvalho, C., Junior, C., & Franca, S. (2007). Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol.*, 33, pp. 54-70.
- Cherny, N.; Radbruch, L.; The Board of the European Association for Palliative Care. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23, pp. 581–593. doi:10.1177/0269216309107024
- Coelho, S., Rego, A., Costa, T., & Capelas, M. (maio de 2014). Dos intensivos aos paliativos: Revisão integrativa da vivência de um caso. *Patient Care (Edição Portuguesa)*, pp. 36-42.
- Costa, J., Marcon, S., Macedo, C., Jorge, A., & Duarte, P. (2014). Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, pp. 122-129.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Dias, F., Rezende, E., Mendes, C., Réa-Neto, Á., David, C., Schettino, G., . . . Assunção, M. (Janeiro/Março de 2006). Parte II: Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Artéria Pulmonar. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 18, pp. 63-77.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa.

- Direção-Geral da Saúde. (16 de Dezembro de 2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (a)*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (17 de Dezembro de 2015). *Processo de Gestão da Medicação (b)*. Lisboa.
- Duarte, A. (2015). *Prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no serviço de urgência: A parceria como intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Eliassen, K., & Hopstock, L. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit - A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 138-142. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.001
- Ely, E., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J., Wheeler, A., Gordon, S., . . . Bernard, G. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Journal of the American Medical Association*, 289, pp. 2983-2991.
- European Resuscitation Council. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. Ireland: Elsevier.
- Fortunatti, P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm*, 2. doi:10.1590/S0120-53072014000200013
- Fradique, M. (2012). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Freitas, K., Kimura, M., & Ferreira, K. (2007). Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado. *Latino-Americana Enfermagem*, 15 (1).
- Grupo Português de Triagem. (2015). *Grupo Português de Triagem*. Obtido em 10 de Janeiro de 2018, de www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

- Hampton, D. (1992). *Administração Contemporânea*. São Paulo: Makron Books.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo.
- Holmes, S. (2010). Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nurs Standard*, 25, pp. 48-56. doi:10.7748/ns2010.09.25.1.48.c7984
- Inaba, L., Silva, M., & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, 39.
- International Council of Nurses. (2010). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Genebra: Lusodidacta.
- Jane, L. (2002). Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*, 22.
- Kinrade, T., Jackson, A., & Tomnay, J. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27.
- Marquis B., Huston C. (2005). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendonça, N. (2011). *O Luto como Questão Bioética*. Braga: Universidade Católica Portuguesa
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Mezzaroba, R., Freitas, V., & Kochla, K. (2009). O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico na Percepção da Família. *Cogitare Enfermagem*, 14.
- Milanesi, R., & Caregnato, R. (2014). Pressão intra-abdominal: revisão integrativa. *Einstein*, pp. 1-8. doi:10.1590/S1679-45082016RW3088
- Ministério da Saúde. (2007). Programa Nacional de Controlo de Infecção. *Recomendações para Controlo do Ambiente - Princípios Básicos (a)*.

- Ministério da Saúde. (2007). Programa Nacional de Controlo de Infeção. *Higienização do Ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de Boa Prática (b)*.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Moreira, C. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester: Que realidade?*. Porto: Faculdade de Ciências | Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.
- Müzell, M. (2006). *Aplicação do modelo de liderança situacional de Hersey e Blanchard em gabinetes de desembargadores federais do Tribunal Regional Federal da 4ª Região*. Porto Alegre.
- Neto, I. (2006). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Nunes, M. (2014). *Perceção da liderança em enfermagem: a visão dos líderes e liderados*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer CJ/20 – 2001: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Cadernos OE. 1. Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Payen, J., Bru, O., Bossom, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., . . . Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.*, 12, pp. 2258-2263.
- Pereira, A. (outubro de 2014). *Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspectiva do Enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Pinho-Reis, C. (2014). *Da Alimentação Oral à Nutrição Artificial em Cuidados Paliativos Domiciliários: Processos e Significados para os Familiares Cuidadores*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Pinho-Reis, C., & Coelho, P. (2014). Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*, 1.
- Pinto, F. (2012). Alimentação em Final de Vida: A Opinião dos Enfermeiros. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pontalti, G., Rodrigues, E., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M., & Longaray, V. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos . *Revista HCPA*, 32 (2).
- Sandoval, C. (2017). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit - Cochrane Review Summary. *Critical Care Nurse*, 37, pp. 100-103. doi:10.4037/ccn2017855
- Silva, A. (2007). *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Medicina.
- Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Silva, E. (2012). *Satisfação dos Utentes com Atendimento de Enfermagem no SU*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Silva, J., & Ribeiro-Filho, N. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*, 12.
- Silva, M. (Maio de 2013). *Avaliação da Dor em Cuidados Intensivos*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
- Simões, J. (2016). *Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Obtido de http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1

- Teixeira, D. (2012). *Armazém Avançado em Contexto Hospitalar: Método de Reposição por Níveis*. Universidade de Aveiro.
- Universidade Católica Portuguesa. (2012). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem*.
- Vilela, H., & Ferreira, D. (2006). Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos. *Rev Port Cardiol*, 25, pp. 89-98.
- Vincent, J.-L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., . . . Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. doi:10.1007/s00134-016-4297-4
- Waldow, V., & Borges, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.*, 24. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017
- World Health Organization. (2002). Obtido em 3 de Novembro de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

APÊNDICE

Apêndice I

Estudo de Caso – Avaliação da Qualidade do Sono na Unidade de Cuidados Intensivos



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA

Estudo de Caso - Avaliação da Qualidade do Sono na Unidade de Cuidados Intensivos

Por

Ana Carolina da Rocha Monteiro

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, junho de 2017

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	77
2. Enquadramento Conceitual e Anamnese	79
3. Plano de Cuidados Individualizado	83
4. Diagnóstico de Situação	95
4.1. Quadro de Avaliação do Diagnóstico de Situação	95
4.2. Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	96
4.3. Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	96
5. Reflexão e Proposta de Melhoria	97
6. Conclusão	99
7. Referências Bibliográficas	101
Apêndice	103
Apêndice I - Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	105
Apêndice II - Entrevista Estruturada a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	111

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para tomar banho comprometida....	83
Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Úlcera de Pressão.....	84
Quadro 3 – Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação verbal comprometida.....	85
Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de pneumonia associada à intubação.....	86
Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem: Alimentar-se comprometido.....	87
Quadro 6 – Diagnóstico de Enfermagem: Privação do sono.....	88
Quadro 7 – Diagnóstico de Enfermagem: Limpeza das vias aéreas comprometida.....	89
Quadro 8 – Diagnóstico de Enfermagem: Conforto comprometido.....	90
Quadro 9 – Foco: Estado de Consciência.....	91
Quadro 10 – Foco: Dor.....	91
Quadro 11 – Foco: Digestão.....	91
Quadro 12 – Foco: Eliminação intestinal.....	92
Quadro 13 – Foco: Eliminação urinária.....	92
Quadro 14 – Foco: Função motora reflexa.....	92
Quadro 15 – Foco: Tegumento.....	92
Quadro 16 – Foco: Perfusão dos tecidos.....	93
Quadro 17 – Foco: Edema.....	93
Quadro 18 – Atividades de Enfermagem Interdependentes.....	93
Quadro 19 – Diagnóstico de Situação.....	95

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho assume-se como um instrumento bastante pertinente e tem como principal objetivo o desenvolvimento e integração de saberes que me permitam melhorar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, baseados em evidência, e surge no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho e sob tutoria um enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As unidades de cuidados intensivos assumem-se como o local mais adequado para o tratamento da pessoa em situação crítica. No entanto, este internamento é sentido como um evento assustador e stressante, devido às mudanças que acarreta, tendo em conta o aumento da vulnerabilidade e a diminuição do bem-estar da pessoa (Meriläinen, Kyngäs, & Ala-Kokko, 2010). Neste sentido, o cuidado humanizado assume suma importância, pois consiste em “afirmar o humano na ação e isso significa cuidado, porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis” (Waldow & Borges, 2011).

A humanização dos cuidados de enfermagem vai ao encontro do conceito eCASH, que consiste na implementação precoce da gestão e prevenção da dor, ansiedade, agitação, *delirium* e imobilidade, facilitando a adesão da pessoa em situação crítica ao cuidado (Vincent, et al., 2016). De uma maneira geral, este conceito traduz-se numa procura precoce do conforto, usando a analgesia, o mínimo de sedativos e cuidados humanos máximos (Vincent, et al., 2016).

São diversos os problemas potenciais associados a uma sedação profunda, designadamente: perda de contacto humano, depressão respiratória, disfunção do diafragma (induzida pela inatividade), depressão miocárdica e instabilidade hemodinâmica, alterações microvasculares, função do intestino alterada, microaspirações, risco aumentado de pneumonia, aumento do risco de tromboflebite, risco de úlcera de pressão, *delirium*, fraqueza muscular, imunossupressão, ventilação mecânica prolongada e dificuldade no desmame, internamento prolongado, défice cognitivo permanente, doenças psicológicas crónicas e aumento dos custos (Vincent, et al., 2016). No entanto, a sedação moderada ou profunda, permanece relevante para algumas situações, como por exemplo, no tratamento da insuficiência respiratória grave, na dissincronia da pessoa com o ventilador, ou em casos de cirurgias que implicam uma imobilização rigorosa (Vincent, et al., 2016). Mas, alcançar e

manter um nível leve de sedação pode ser suficiente para evitar os potenciais danos causados pela sedação profunda. Neste contexto, em resposta à assincronização paciente-ventilador, em primeiro lugar, devem ser feitos esforços para adaptar o ventilador e, apenas numa fase posterior, passar para o aumento da utilização de analgésicos e/ou sedativos (Vincent, et al., 2016). O ventilador deve ser sempre adaptado ao paciente, e não o paciente ao ventilador. Nos casos em que com a analgesia e sedação leve não conseguimos um paciente tranquilo e cooperativo, devem ser identificadas e corrigidas as falhas, antes de considerar qualquer recurso de sedação profunda (Vincent, et al., 2016).

O cuidado centrado no paciente, incorpora diversos componentes, nomeadamente: comunicação frequente e apropriada, explicações dos componentes do cuidado, redução do ruído, evitar restrições desnecessárias, promoção do sono à noite, atividade física e mobilização precoce, estímulo mental, terapia ocupacional e treino cognitivo e envolvimento da família (Vincent, et al., 2016). Desta forma, o conceito eCASH vai, em tudo, ao encontro do tema do meu Projeto de Estágio – a Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa.

Para a elaboração do presente estudo de caso foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva, e foram delineados os seguintes objetivos:

- . Identificar os fatores perturbadores do sono na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos;
- . Avaliar a perceção do enfermeiro sobre a qualidade e quantidade do sono;
- . Realizar propostas de melhoria, com vista à promoção de um sono adequado na pessoa em situação crítica;
- . Analisar um caso clínico, de forma a estabelecer uma ligação entre os cuidados prestados e a literatura encontrada, ou seja, a prática baseada na evidência.

A estrutura do documento encontra-se dividida em sete capítulos: neste primeiro, surge a Introdução onde faço um enquadramento do tema e da sua pertinência. Seguem-se o Enquadramento Concetual e Anamnese e o Plano de Cuidados Individualizado. O quarto capítulo é dedicado ao Diagnóstico de Situação e o capítulo seguinte à Reflexão e Proposta de Melhoria. Os últimos capítulos dizem respeito à Conclusão, onde faço um balanço e análise transversal do trabalho desenvolvido e, finalmente, as Referências Bibliográficas. Estas encontram-se formuladas de acordo com a norma da *American Psychological Association*.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E ANAMNESE

O presente estudo de caso analisa a evolução de uma senhora, de 44 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento progressivo de dispneia, com cerca de três semanas de evolução, acompanhada de tosse seca, toracalgia pleurítica anterior e arrepios.

Como antecedentes pessoais, destaca-se o lúpus eritematoso sistémico, conhecido desde 2007. Trata-se de uma doença inflamatória crónica, rara, multissistémica, autoimune e de causa desconhecida (Sato, Bonfá, & Vasconcelos, 2002). Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões e, para além disso, é de etiologia não esclarecida, estando relacionado com predisposição genética e fatores ambientais (Sato, Bonfá, & Vasconcelos, 2002).

Devido à gravidade da insuficiência respiratória, houve necessidade de colocação de suporte circulatório extracorporal (ECMO) veno-venoso. Neste sentido, foi realizado resgate de ECMO a outro hospital. A paciente encontra-se analgeso-sedada.

Já durante o internamento na Unidade, fez um ciclo de ciclofosfamida, uma medicação citotóxica e imunossupressora, capaz de destruir determinadas células e que atua como um inibidor do sistema imune do corpo humano, para tratamento da doença imunológica (Soares, 2014).

A escolha desta doente para estudo de caso deveu-se ao facto de a mesma estar sob suporte de ECMO e, numa fase mais avançada do internamento, estar acordada, com um valor da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) de 0, algo que acontece raramente e me permitiu desenvolver uma forte relação terapêutica com a mesma.

Virgínia Henderson define que a Enfermagem está muito associada ao cuidar assentando-se em “assistir a pessoa sã ou doente no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários” (Tomey & Alligood, 2004). O enfermeiro deve fazê-lo de modo a “ajudá-la a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível” (Tomey & Alligood, 2004). Para tal, Virgínia Henderson postula que a pessoa é um todo complexo que apresenta 14 necessidades fundamentais, nomeadamente (Tomey & Alligood, 2004):

- . Respirar normalmente;
- . Beber e comer adequadamente;
- . Eliminar os resíduos corporais;
- . Movimentar-se e manter a postura correta;

- . Dormir e descansar;
- . Escolher a roupa – vestir-se e despir-se;
- . Manter a temperatura corporal;
- . Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- . Evitar os riscos de ambiente e evitar lesar os outros;
- . Comunicar com os seus semelhantes, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- . Praticar uma religião, ou agir segundo as suas crenças;
- . Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
- . Jogar ou participar em atividades recreativas;
- . Aprender, descobrir ou satisfazer a sua curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

Sendo a pessoa um “ser biológico, psicológico e social que tende para a independência na satisfação das suas 14 necessidades fundamentais” (Tomey & Alligood, 2004), o enfermeiro deve “conservar ou restabelecer a independência do seu cliente, de modo a que ele possa gerir de forma eficaz a satisfação das suas 14 necessidades fundamentais” (Tomey & Alligood, 2004).

Tendo em conta as 14 necessidades fundamentais definidas por Henderson, neste caso em particular, todas elas estão alteradas. Para tal, cabe ao enfermeiro, apreender, congregar e solucionar todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, de forma a que o indivíduo seja satisfeito em todas as suas 14 necessidades fundamentais.

Considerando o tempo de duração do estágio, optei por debruçar o estudo sobre a problemática do sono, que é definido pela CIPE ® versão 2, como: “repouso: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos” (International Council of Nurses, 2010).

A promoção do sono à noite surge como um dos componentes do cuidado centrado no paciente, segundo o conceito eCASH, tal como: a comunicação frequente e apropriada, as explicações dos componentes do cuidado, a redução do ruído, o evitar restrições desnecessárias, a atividade física e mobilização precoce, o estímulo mental, a terapia ocupacional e treino cognitivo e o envolvimento da família (Vincent, et al., 2016).

A experiência do sono na pessoa em situação crítica, internada na Unidade de Cuidados Intensivos, assume-se, muitas vezes, como insatisfatória e potencialmente prejudicial (Vincent, et al., 2016). Há, inclusivamente, diversos estudos que identificam que um sono comprometido pode ser um prelúdio e um fator de risco para o *delirium* (Vincent, et al., 2016).

A promoção de um padrão de sono adequado passa por um ponto de partida natural e por algumas medidas não-farmacológicas, como: manutenção de um padrão de sono, redução da luz noturna, diminuição do ruído, diminuição dos fluxos de trabalho, uso de tampões auriculares e música.

3. PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Neste capítulo é apresentado o Plano de Cuidados de Enfermagem da paciente em estudo, seguindo a metodologia do Processo de Enfermagem, baseada na identificação de diagnósticos com base nos dados, no estabelecimento de objetivos e intervenções para os alcançar, e na avaliação dos resultados, face aos objetivos, utilizando a linguagem classificada, de forma apropriada.

Quadro 1 – Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para tomar banho comprometida

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
. Paciente acamada, devido a insuficiência respiratória aguda hipercápnica			02/06	-	Capacidade para tomar banho comprometida
. Necessita de ajuda de pessoa para lavar e secar o corpo			Data	Objetivo	
			02/06	.	Manter a higiene corporal
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	M	. Lavar o corpo		
02/06	-	M	. Secar o corpo		
02/06	-	M/T/N	. Executar cuidados de higiene parciais		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Higiene corporal mantida				
03/06	. Higiene corporal mantida				
07/06	. Higiene corporal mantida				
08/06	. Higiene corporal mantida				

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Úlcera de Pressão

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> . Percepção sensorial ligeiramente limitada . Pele ocasionalmente húmida . Paciente acamada . Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo bastante limitada . Requer assistência moderada a máxima para se mover . Score 13, após aplicação da Escala de Braden 			02/06	-	Risco de Úlcera de Pressão
			Data	Objetivo	
			02/06	.	Manter a integridade da pele
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	M/T/N	. Supervisionar a pele		
02/06	-	M/T/N	. Monitorizar a pressão relativa a partes do corpo		
02/06	-	M/T/N	. Remover a humidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de secreções corporais e eliminação intestinal		
02/06	-	3h/3h	. Alternar decúbitos		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Pele íntegra				
03/06	. Pele íntegra				
07/06	. Pele íntegra				
08/06	. Pele íntegra				

Quadro 3 – Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação verbal comprometida

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem	
. Paciente com tubo oro-traqueal, sedada e analgesiada.			02/06	-	Comunicação verbal comprometida	
			Data	Objetivo		
			02/06	. Promover a comunicação não-verbal		
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem			
02/06	-	M/T/N	. Monitorizar as mensagens não verbais da paciente.			
02/06	-	M/T/N	. Desenvolver formas especiais de comunicação (gestos, imagens).			
Data	Resultados Obtidos					
02/06	. Garantida comunicação					
03/06	. Garantida comunicação					
07/06	. Garantida comunicação					
08/06	. Garantida comunicação					

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de pneumonia associada à intubação

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
. Paciente com tubo oro-traqueal			02/06	-	Risco de pneumonia associada à intubação
			Data	Objetivo	
			02/06	. Prevenir a pneumonia associada à intubação	
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	M/T/N	. Manter a cabeceira do leito em ângulo $\geq 30^\circ$, evitar momentos de posição supina (Direção-Geral da Saúde, 2015).		
02/06	-	M/T/N	. Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% (Direção-Geral da Saúde, 2015).		
02/06	-	M/T/N	. Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H ₂ O (Direção-Geral da Saúde, 2015).		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Sem pneumonia associada à intubação				
03/06	. Sem pneumonia associada à intubação				
07/06	. Sem pneumonia associada à intubação				
08/06	. Sem pneumonia associada à intubação				

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem: Alimentar-se comprometido

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
. A paciente encontra-se incapaz de engolir alimentos.			02/06	-	Alimentar-se comprometido
			Data	Objetivo	
			02/06	. Garantir aporte nutricional e hídrico adequados	
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	8 em 8 dias	. Inserir sonda nasogástrica		
02/06	-	M/T/N	. Verificar a correta posição da sonda		
02/06	-	M/T/N	. Fornecer dieta e hidratação		
02/06	-	M/T/N	. Verificar o resíduo gástrico, a cada 6 horas de alimentação contínua		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Aporte nutricional e hídrico adequados				
03/06	. Aporte nutricional e hídrico adequados				
07/06	. Aporte nutricional e hídrico adequados				
08/06	. Aporte nutricional e hídrico adequados				

Quadro 6 – Diagnóstico de Enfermagem: Privação do sono

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> . A intensidade da luz da unidade é reduzida tarde. . O ruído das máquinas, embora mais reduzido, mantém-se ao longo da noite. 			02/06	-	Privação do sono
			Data	Objetivo	
			02/06	. Promover um padrão de sono adequado	
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	M/T/N	. Promover a manutenção de ritmos regulares de sono-vigília		
02/06	-	N	. Reduzir a intensidade da luz		
02/06	-	N	. Reduzir o ruído		
02/06	-	N	. Reduzir os fluxos de trabalho		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Padrão de sono adequado				
03/06	. Padrão de sono adequado				
07/06	. Padrão de sono adequado				
08/06	. Sono comprometido				

Quadro 7 – Diagnóstico de Enfermagem: Limpeza das vias aéreas comprometida

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem	
. Via aérea artificial . Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório . Tosse ineficaz			02/06	-	Limpeza das vias aéreas comprometida	
			Data	Objetivo		
			02/06	. Manter desobstrução das vias aéreas		
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem			
02/06	-	M/T/N	. Aspirar secreções			
02/06	-	M/T/N	. Vigiar as secreções brônquicas			
Data	Resultados Obtidos					
02/06	. Limpeza das vias aéreas adequada					
03/06	. Limpeza das vias aéreas adequada					
07/06	. Limpeza das vias aéreas adequada					
08/06	. Limpeza das vias aéreas adequada					

Quadro 8 – Diagnóstico de Enfermagem: Conforto Comprometido

Dados relevantes para o diagnóstico			Início	Fim	Diagnóstico de Enfermagem
. Indivíduo com períodos de manifestação de dor ou desconforto, como taquicardia			02/06	-	Conforto Comprometido
			Data	Objetivo	
			02/06	. Promover o conforto	
Início	Fim	Timing	Intervenções de Enfermagem		
02/06	-	M/T/N	. Avaliar a dor (Escala Comportamental da Dor)		
02/06	-	M/T/N	. Observar a existência de indicadores não verbais de desconforto		
02/06	-	M/T/N	. Assegurar que o doente recebe cuidados precisos de analgesia		
02/06	-	M/T/N	. Utilizar estratégias terapêuticas de comunicação		
02/06	-	M/T/N	. Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação da dor e implementar um plano de monitorização da dor do doente		
02/06	-	M/T/N	. Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta à dor (temperatura, luminosidade e ruídos)		
02/06	-	M/T/N	. Decidir e implementar medidas de controlo da dor (farmacológicas e não-farmacológicas)		
02/06	-	M/T/N	. Oferecer ao doente um alívio completo da dor, mediante o controlo da analgesia.		
Data	Resultados Obtidos				
02/06	. Conforto assegurado				
03/06	. Conforto assegurado				
07/06	. Conforto assegurado				
08/06	. Conforto assegurado				

Quadro 9 – Foco: Estado de Consciência

Início	Fim	Foco: Estado de Consciência	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Avaliar a agitação e sedação, utilizando a Escala de Sedação e Agitação de Richmond (RASS)	- 2 (sedação ligeira)	- 1 (sonolenta)	0 (acordada e calma)	0 (acordada e calma)

Quadro 10 – Foco: Dor

Início	Fim	Foco: Dor	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Avaliar a dor, utilizando a Escala Comportamental da Dor (BPS)	Expressão facial: 1 - relaxada Movimentos dos membros superiores: 1 - sem movimento Ventilação mecânica: 1 - tolera a ventilação <i>Score: 3</i>	Expressão facial: 1 - relaxada Movimentos dos membros superiores: 2 – flexão parcial Ventilação mecânica: 1 - tolera a ventilação <i>Score: 4</i>	Expressão facial: 1 - relaxada Movimentos dos membros superiores: 2 – flexão parcial Ventilação mecânica: 1 - tolera a ventilação <i>Score: 4</i>	Expressão facial: 1 - relaxada Movimentos dos membros superiores: 2 – flexão parcial Ventilação mecânica: 1 - tolera a ventilação <i>Score: 4</i>

Quadro 11 – Foco: Digestão

Início	Fim	Foco: Digestão	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Monitorizar o conteúdo gástrico	Sem conteúdo gástrico	Sem conteúdo gástrico	Sem conteúdo gástrico	Sem conteúdo gástrico

Quadro 12 – Foco: Eliminação intestinal

Início	Fim	Foco: Eliminação intestinal	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar a eliminação intestinal	Sem dejeção	Dejeção líquida, acastanhada, em moderada quantidade	Sem dejeção	Sem dejeção

Quadro 13 – Foco: Eliminação urinária

Início	Fim	Foco: Eliminação urinária	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar a eliminação urinária, por cateter vesical	Urina límpida	Urina límpida	Urina límpida	Urina límpida

Quadro 14 – Foco: Função motora reflexa

Início	Fim	Foco: Função motora reflexa	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar reflexo pupilar	Pupilas isocóricas e foto reativas	Pupilas isocóricas e foto reativas	Pupilas isocóricas e foto reativas	Pupilas isocóricas e foto reativas

Quadro 15 – Foco: Tegumento

Início	Fim	Foco: Tegumento	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar o tegumento	Tegumento íntegro	Tegumento íntegro	Tegumento íntegro	Tegumento íntegro

Quadro 16 – Foco: Perfusão dos tecidos

Início	Fim	Foco: Perfusão dos tecidos	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar a perfusão dos tecidos	Coloração normal, temperatura fria, pulso presente e fraco (colocadas ligaduras de algodão nos membros inferiores)	Coloração normal, temperatura fria, pulso presente e fraco (colocadas ligaduras de algodão nos membros inferiores)	Coloração normal, temperatura fria, pulso presente e fraco (colocadas ligaduras de algodão nos membros inferiores)	Coloração normal, temperatura fria, pulso presente e fraco (colocadas ligaduras de algodão nos membros inferiores)

Quadro 17 – Foco: Edema

Início	Fim	Foco: Edema	02/06	03/06	07/06	08/06
02/06	-	Vigiar edema	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente

Quadro 18 – Atividades de Enfermagem Interdependentes

Início	Fim	Timing	Prescrição Médica	Atividades de Enfermagem Interdependentes
08/06	08/06	10h30	Ciclo de ciclofosfamida	Administração de: <ul style="list-style-type: none"> . Cloreto de Sódio 0,9% 500 ml . Ondasetrom 16 mg . Mesna 400 mg . Ciclofosfamida 1200 mg . Mesna 400 mg

4. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A perturbação do sono na pessoa em situação crítica pode ser originada por diversos fatores, nomeadamente: pelo stress psicológico associado à doença e ao ambiente, pelo ruído, pelas interrupções do sono para a prestação de cuidados ou administração de fármacos, para a realização de procedimentos dolorosos ou processos fisiológicos, pelo excesso de iluminação e pelo desconforto muscular e articular, resultante do tempo confinado ao leito (Marques, 2016).

4.1. Quadro de Avaliação do Diagnóstico de Situação

Tendo em conta os fatores mencionados na literatura analisada, foi elaborado um quadro de avaliação do diagnóstico de situação, que inclui alguns parâmetros mensuráveis e aplicáveis ao contexto do estágio, designadamente: a hora em que é diminuída a intensidade da luz, em que há diminuição do ruído e dos fluxos de trabalho, a que horas são apagadas as televisões e quando aumentam novamente os fluxos de trabalho, de forma a realizar um diagnóstico da situação na unidade de cuidados intensivos em questão. Esta avaliação foi realizada por mim, nos turnos da noite, através do preenchimento do seguinte quadro de avaliação, com a hora referente a cada um dos parâmetros mencionados.

Quadro 19 – Diagnóstico de Situação

	03/06		08/06		13/06	
	<i>Sala grande</i>	<i>Sala pequena</i>	<i>Sala grande</i>	<i>Sala pequena</i>	<i>Sala grande</i>	<i>Sala pequena</i>
Diminuição da intensidade da luz	00h30	00h00	01h00	03h00	01h00	23h30
Diminuição do ruído	01h25	00h45	01h30	03h00	01h30	23h30
Diminuição dos fluxos de trabalho	00h25	00h00	01h10	03h00	01h00	23h30
Televisões apagadas	02h15	00h00	23h40	23h25	01h00	23h30
Aumento dos fluxos de trabalho	06h00	06h10	06h05	06h15	06h00	06h15

4.2. Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

De forma a avaliar a perceção dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a qualidade e a quantidade do sono, foi elaborada uma entrevista estruturada, que foi realizada a dois enfermeiros (*Apêndice I*). Os guiões foram revistos, quanto à sua adequação, por dois enfermeiros especialistas e mestres. As questões foram:

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço?
2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação crítica?
3. Como avalia a importância do sono na pessoa em situação crítica?
4. Que estratégias de promoção da qualidade do sono são implementadas no serviço?
5. Que medidas sugeriria para uma melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação crítica?

4.3. Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Também, numa fase inicial, foi entrevistado um dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da Unidade, de forma a perceber quais as estratégias de mobilização precoce utilizadas no serviço, uma vez que se trata de um dos componentes do cuidado centrado no paciente (*Apêndice II*). O guião foi revisto, quanto à sua adequação, por dois enfermeiros especialistas e mestres. As questões colocadas foram:

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no serviço?
2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação crítica?
3. Que estratégias de mobilização precoce são utilizadas na pessoa em situação crítica e quais os seus benefícios?

5. REFLEXÃO E PROPOSTA DE MELHORIA

Após a aplicação do Quadro de Avaliação do Diagnóstico de Situação, foi possível concluir que os parâmetros avaliados são fatores geradores de distúrbios de sono aos quais os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar atentos e integrarem no seu plano de trabalho, de modo a promoverem o sono das pessoas sujeitas a cuidados. No entanto, e tal como nos foi referido nas entrevistas realizadas, são diversas as dificuldades sentidas por estes profissionais. Ou seja, todos têm consciência da importância do sono e quais as estratégias de promoção do mesmo, no entanto, não são capazes de enumerar sugestões de melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação crítica. Por outro lado, nos planos de cuidados elaborados pela equipa de enfermagem, no sistema informático, foi possível identificar que o sono é, poucas vezes, percecionado pelos enfermeiros como um foco de enfermagem. As sugestões de melhoria poderiam prender-se, em primeira instância, com a consciencialização da equipa para apagarem as televisões mais cedo. A diminuição da intensidade da luz está intimamente relacionada com a diminuição dos fluxos de trabalho e esta, por sua vez, com a diminuição do ruído. Muitas vezes, tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados, não é fácil gerir estes fatores, pelo que a nossa sugestão seria uma dotação adequada de enfermeiros, de acordo com, por exemplo, o *Nursing Activities Score*, bem como a antecipação do horário de entrada no turno da noite, de forma a que a passagem de turno ocorresse mais cedo.

Relativamente ao paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, os enfermeiros mostram-se bastante reticentes à sua implementação. Deste modo, e face aos benefícios explicitados ao longo do documento, foi sugerido um investimento na formação destes profissionais, de forma a que possam ser capazes de utilizar estratégias capazes de gerir as causas de agitação da pessoa em situação crítica, sem recorrer à sedação profunda. Outra sugestão de melhoria seria um elemento da equipa, perito na área, ser o suporte para o aconselhamento nos casos mais difíceis. Numa fase posterior, e pontualmente, poderia ser feita uma reunião onde fossem discutidos os casos mais difíceis, de forma a encontrar soluções que beneficiem a prestação de cuidados.

As estratégias de mobilização precoce são um dos pontos da estratégia eCASH, e consistem no desenvolvimento de programas de estimulação mental e física, cujos benefícios se prendem com a diminuição da agitação, da fraqueza muscular e do *delirium* (Vincent, et al., 2016). Apesar de ser uma atividade com alguns riscos, esses parecem ser menores que a sua não implementação. O facto de existir um enfermeiro especialista em enfermagem de

reabilitação durante os turnos da manhã e da tarde é já uma mais-valia para a prestação de cuidados integrais e de qualidade.

Relativamente à comunicação, poderia constituir uma melhoria, o facto de ser pedido aos familiares que trouxessem os aparelhos auditivos e os óculos, por exemplo, para que a pessoa em situação crítica conseguisse comunicar, tanto com a equipa, como com a sua família, de forma mais eficaz.

6. CONCLUSÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

Com a elaboração deste trabalho, ao longo do estágio, considero ter atingido com êxito os objetivos a que me propus, pois fui capaz de identificar os fatores perturbadores do sono na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos; de avaliar a percepção do enfermeiro sobre a qualidade e quantidade do sono e de realizar propostas de melhoria, com vista à promoção de um sono adequado na pessoa em situação crítica. Concomitantemente, apresentei um estudo de caso, seguindo a metodologia do Processo de Enfermagem, baseada na identificação de diagnósticos com base nos dados, no estabelecimento de objetivos e intervenções para os alcançar, e na avaliação dos resultados, face aos objetivos, utilizando a linguagem classificada, de forma apropriada.

Em suma, esta análise reflexiva foi verdadeiramente gratificante e enriquecedora, acabando por promover o meu desenvolvimento enquanto Enfermeira.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.
- International Council of Nurses. (2010). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Genebra: Lusodidacta.
- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Sato, E., Bonfá, E., & Vasconcelos, M. (2002). Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Rev Bras Reumatol*, 42.
- Soares, F. (2014). *Proposta de Protocolo de Enfermagem: Assistência na Administração da Pulsoterapia*. Belém.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência.
- Vincent, J.-L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., . . . Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. doi:10.1007/s00134-016-4297-4
- Waldow, V., & Borges, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.*, 24. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017

Apêndice

Apêndice I

Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Entrevista Estruturada aos Enfermeiros-Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade de Cuidados Intensivos

Enfermeiro 1

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço?

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem mais conhecimento na área do doente crítico, tem o pensamento crítico mais desenvolvido, é capaz de prever situações de risco e está mais desperto para o controlo de infeção.

2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação crítica?

Quanto menos tempo o doente estiver sedado, menos repercussões terá. Para tentar ir de encontro a estas diretrizes, diminuir demasiado cedo a sedação e analgesia não é suficiente, é necessário avaliar bem cada caso, pois há casos em que não é possível, pois os doentes fazem, inclusivamente, períodos grandes de dessaturação.

3. Como avalia a importância do sono na pessoa em situação crítica?

O sono é muito importante. É necessário manter rotinas, de dia e de noite, de forma a evitar situações de *delirium* e agitação.

4. Que estratégias de promoção da qualidade do sono são implementadas no serviço?

Diminuição da intensidade da luz, diminuição dos barulhos, medicação para indução do sono, promoção do conforto.

5. Que medidas sugeriria para uma melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação crítica?

No serviço fazemos tudo o que está ao nosso alcance. Sugeriria que os doentes passassem para outros serviços, assim que possível.

Entrevista Estruturada aos Enfermeiros-Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade de Cuidados Intensivos

Enfermeiro 2

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço?

Infelizmente, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é igual ao do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Não há diferenciação.

2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação crítica?

Confesso que tenho alguma dificuldade em ter os doentes acordados ou agitados. Não é fácil fazer esta gestão de analgesia e sedação leve, uma vez que gosto de “tudo direitinho”. Pode ter a ver com o meu início de carreira, pois não tive muito contacto com doentes acordados. Tenho consciência que deveria ter outra perspetiva. Para além disso, o tempo é muito limitado, tendo em conta a quantidade de trabalho.

3. Como avalia a importância do sono na pessoa em situação crítica?

O sono é muito importante. É necessário respeitar o ciclo circadiano do doente.

4. Que estratégias de promoção da qualidade do sono são implementadas no serviço?

Diminuição da intensidade da luz e diminuição dos barulhos.

5. Que medidas sugeriria para uma melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação crítica?

No serviço fazemos tudo o que podemos. Não vejo o que podemos fazer para melhorar. Cada vez temos mais doentes, com maior complexidade de cuidados e com mais perfusões.

Apêndice II

Entrevista Estruturada a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Entrevista Estruturada a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados Intensivos

Enfermeiro 1

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no serviço?

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação têm um papel muito importante na parte respiratória, para auxiliar no desmame. Trabalham a mobilização precoce do doente, que pode ser passiva, ativa-assistida e, se condições, ativa-resistiva.

2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação crítica?

Depende da patologia, do doente e da sua estabilidade. Se estiver estável, diminuir o mais precocemente possível, o que permite que vá ganhando mais capacidade a nível respiratório e força motora, e influenciará uma alta mais precoce.

3. Que estratégias de mobilização precoce são utilizadas na pessoa em situação crítica e quais os seus benefícios?

As estratégias de mobilização precoce utilizadas são:

- Passiva – mobilização dos segmentos articulares do doente;
- Ativa-assistida – o doente colabora no movimento;
- Ativa-resistida – ganho de força muscular mais rápido, porque se contraria o movimento.

Os principais benefícios da mobilização precoce são: os doentes tornam-se autónomos mais rapidamente o que, a longo prazo, possibilita uma alta mais precoce. Para além disso, há uma melhoria a nível dos autocuidados de higiene e alimentação, a médio prazo, e há uma diminuição do edema, do risco de miopatia e do risco de anquilose, devido à contração muscular.

Apêndice II

Artigo – “Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura”

Artigo - Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura
Non-Pharmacological Interventions for the Promotion of Sleep in the Patient in an Intensive Care Unit: Integrative Review

Autores: Ana C. R. Monteiro¹; Sílvia P. Coelho².

Afiliação:

1. Estudante de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto | Portugal
2. Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; Doutorada em Enfermagem | Portugal

Resumo:

Introdução: A qualidade do sono da pessoa internada em cuidados intensivos assume-se como um desafio constante para os enfermeiros, pelo ruído inerente ao equipamento da unidade e procedimentos a realizar ao doente.

Objetivo: Conhecer a evidência existente acerca das intervenções não-farmacológicas para promoção do sono na Pessoa internada em cuidados intensivos.

Método: Em setembro de 2017 foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane*, *LISTA* e *MedicLatina* com as palavras-chave: “*sleep quality*”, “*intensive care unit*”, “*critical care*” e “*nursing intervention*”. A questão de partida era: “quais as intervenções não-farmacológicas capazes de promover o sono na Pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos”. Incluíram-se todos os artigos em inglês e texto integral, entre 2007 e 2017.

Resultados: Num total de 10 artigos encontrados, foram selecionados e analisados 9, uma vez que 1 deles não se adequava ao tema em estudo. Como principais intervenções não-farmacológicas, encontramos: as terapias complementares, como musicoterapia, aromaterapia, massagem, técnica de imagem guiada e acupressão; intervenções relacionadas com o meio ambiente, como sincronização de atividades com a luz do dia, redução do ruído, melhoria do conforto do doente e coordenação e agrupamento dos cuidados; e intervenções sociais, como o apoio familiar.

Conclusão: As principais intervenções são o uso de tampões nos ouvidos e de máscaras nos olhos e a adequação do modo ventilatório. Apesar da qualidade da evidência ser baixa, de acordo com a classificação GRADE da Cochrane, tratam-se de intervenções de enfermagem independentes, não invasivas, económicas e facilmente aplicáveis.

Palavras-chave: "qualidade do sono"; "unidade de cuidados intensivos"; "cuidados intensivos"; "intervenções de enfermagem"; "revisão da literatura".

Abstract:

Introduction: The quality of sleep of the person hospitalized in intensive care is a constant challenge for nurses, due to the noise inherent in the unit's equipment and procedures to be performed for the patient.

Objective: To know the existing evidence about non-pharmacological interventions to promote sleep in the person hospitalized in an intensive care unit.

Methods: In September 2017 a study was carried out in the databases CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, LISTA and MedicLatina with the keywords: "sleep quality", "intensive care unit", "critical care" and "nursing intervention". The question was: "what non-pharmacological interventions can promote sleep in the person hospitalized in an intensive care unit." All articles in English and in full text were included between 2007 and 2017.

Results: In a total of 10 articles found, 9 were selected and analyzed, since 1 of them did not fit the theme under study. As the main non-pharmacological interventions, we found: complementary therapies, such as music therapy, aromatherapy, massage, guided imaging technique and acupressure; environment-related interventions such as synchronizing activities with daylight, reducing noise, improving patient comfort, and coordinating and grouping care; and social interventions such as family support.

Conclusion: The main interventions are the use of ear plugs and eye masks and the suitability of the ventilatory mode. Although the quality of the evidence is low, according to the Cochrane GRADE classification, these are independent, non-invasive, economical and easily applicable nursing interventions.

Keywords: "sleep quality"; "intensive care unit"; "critical care"; "nursing interventions"; "integrative revision".

Introdução:

A qualidade do sono da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos assume-se como um desafio constante na prática diária dos enfermeiros. As alterações no padrão do sono dessas pessoas são de difícil controlo e de origem multifatorial, nomeadamente: pelo stress psicológico associado à doença e ao ambiente, pelo ruído, pelas interrupções do sono para a prestação de cuidados ou administração de fármacos, para a realização de procedimentos dolorosos ou processos fisiológicos, pelo excesso de iluminação e pelo desconforto muscular e articular, resultante do tempo confinado ao leito (Marques, 2016).

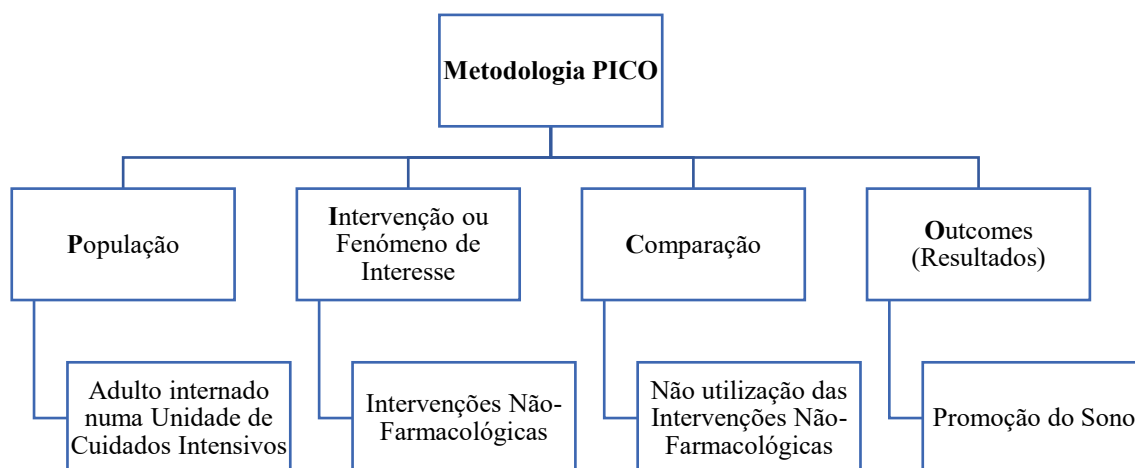
O objetivo desta revisão da literatura é conhecer a evidência existente acerca das intervenções não-farmacológicas para promoção do sono na Pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos.

Material e Métodos:

Atendendo à variedade e complexidade da evidência científica, a revisão da literatura surge como um método excelente, pois permite-nos aprofundar e sintetizar o conhecimento sobre o tema em estudo.

Para a realização deste estudo percorreram-se seis etapas distintas, nomeadamente: definição da pergunta de investigação, na qual utilizei a metodologia PICO, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a retirar dos artigos selecionados, análise dos mesmos, interpretação dos resultados encontrados, revisão e apresentação das considerações finais (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

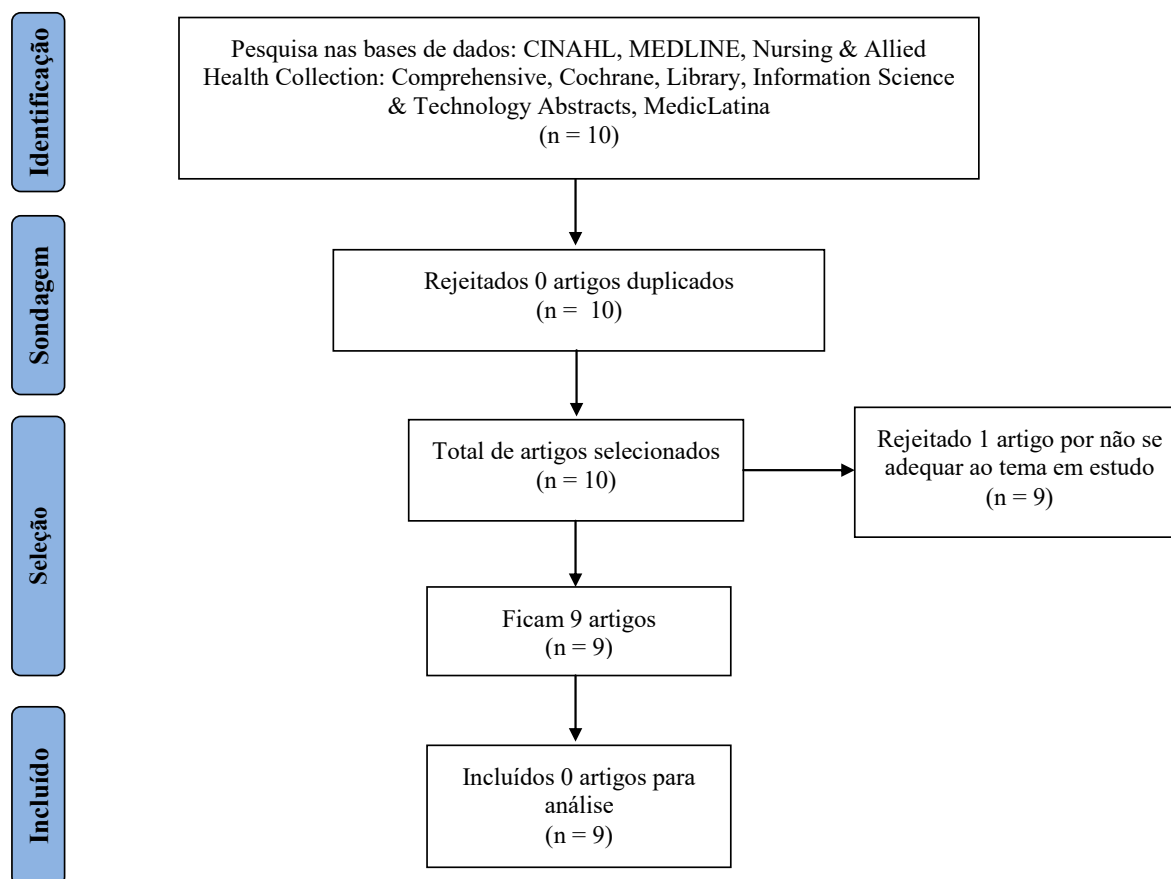
Diagrama 1: Metodologia PICO



Em setembro de 2017 foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina com as palavras-chave: “*sleep quality*”, “*intensive care unit*”, “*critical care*” e “*nursing intervention*”. A questão de partida era: “quais as intervenções não-farmacológicas capazes de promover o sono na Pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos”.

Incluíram-se todos os artigos de língua inglesa, existentes em texto integral, entre o ano de 2007 e 2017. No total de 10 artigos encontrados, foram selecionados e analisados na íntegra 9, tal como demonstra o seguinte diagrama.

Diagrama 2: Sequência de inclusão dos artigos – Prisma 2009 (Moher, et al., 2009)



Numa primeira fase, os dados foram organizados numa tabela para melhor leitura e interpretação, onde foram colocados os seguintes dados: ano de publicação, autores, título do estudo, revista onde está publicado, metodologia e objetivo do estudo, tal como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Resumo dos artigos consultados

Ano, Autores e Título	Revista	Metodologia	Objetivo do Estudo
2017 Cass Sandoval Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit	Critical Care Nurse	Cochrane Review	Avaliar a eficácia das intervenções não-farmacológicas na promoção do sono em adultos criticamente doentes e internados em unidade de cuidados intensivos
2014 Marita Ritmala-Castren, Anna Axelin, Kaija Kiljunen, Carita Sainio and Helena Leino-Kilpi Sleep in the intensive care unit – nurses’ documentation and patients’ perspectives	Nursing in Critical Care	Estudo retrospectivo	Investigar o conteúdo da documentação do enfermeiro sobre o sono de pacientes numa UCI, as próprias percepções dos pacientes sobre o sono e a correspondência entre os dois.
2015 Ezgi Karadag, Sevgin Samancioglu, Dilek Ozden, Ercan Bakir Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients	British Association of Critical Care Nurses	Estudo controlado randomizado realizado com 60 pacientes	Investigar o efeito do óleo essencial de lavanda sobre a qualidade do sono e nível de ansiedade dos pacientes numa unidade de cuidados intensivos coronários
2011 Kirsten Eliassen, Laila Hopstock Sleep promotion in the intensive care unit - A survey of nurses’ interventions	Intensive and Critical Care Nursing	Revisão da literatura e aplicação de questionário a 25 enfermeiros	Investigar as percepções dos enfermeiros das intervenções que promovem o sono na unidade de cuidados intensivos
2017 Eun Cho, Mi-Young Lee, Myung-Haeng Hur The Effects of Aromatherapy on Intensive Care Unit Patients’ Stress and Sleep Quality: A Nonrandomised Controlled Trial	Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine	Estudo experimental controlado não randomizado	Avaliar se a aromaterapia alivia o stress dos pacientes e se melhora a qualidade do sono

2017			
Zeynep Özlü, Nadiye Özer	Biological Rhythm Research	Estudo quase experimental realizado a 100 pacientes	Perceber se a melhoria dos fatores ambientais influencia a duração e qualidade do sono em pacientes internados uma unidade de cuidados intensivos em cirurgia cardiovascular
The effect of enhancing environmental factors on the quality of patients' sleep in a cardiac surgical intensive care unit			
2012			
Chiu-Ping Su, Hui-Ling Lai, En-Ting Chang, Lih-Ming Yiin, Shoa-Jen Perng, Pin-Wen Chen	Journal of Advanced Nursing	Estudo controlado randomizado	Examinar os efeitos da música não comercial na qualidade dos índices de sono e relaxamento, incluindo a frequência cardíaca, média arterial pressão e frequência respiratória em pacientes em unidades de cuidados intensivos
A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit			
2015			
Fernanda Hamze, Cristiane Souza, Tânia Chianca	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Estudo descritivo com amostra de 12 pacientes	Identificar intervenções assistenciais, realizadas pela equipa de saúde, e a influência das mesmas na continuidade do sono de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos
Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva			
2011			
Min-Jung Ryu, Jeong Park, Heeok Park	Journal of Clinical Nursing	Estudo experimental	Comparar o efeito da música na indução do sono em pessoas com angiografia coronária transluminal percutânea na unidade de cuidados cardíacos
Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit			

Resultados:

Da literatura emana que o sono é uma necessidade humana básica, que permite a preservação da homeostase e o equilíbrio de diferentes sistemas orgânicos do ser humano (Hamze, Souza, & Chianca, 2015). Caracteriza-se por ser uma atividade fisiológica cerebral cíclica, acompanhada de manifestações comportamentais (Hamze, Souza, & Chianca, 2015). As etapas do sono compõem um ciclo do sono que dura, em média, de 90 a 110 minutos, e que se repete entre quatro e seis vezes durante a noite (Hamze, Souza, & Chianca, 2015). A função restaurativa do sono não é baseada somente no seu tempo ideal, mas, também, na sua distribuição normal em todos os estágios (Hamze, Souza, & Chianca, 2015).

A privação do sono é um dos problemas mais comuns entre as pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos e pode ter como causa a dor subjacente ao motivo de internamento, o desconforto das intervenções, o stress físico e/ou psicológico e o próprio ambiente do serviço (Sandoval, 2017). Esta problemática pode levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que, por sua vez, podem causar alterações fisiológicas no indivíduo como anormalidades no sistema imunológico, distúrbios psicológicos e na termorregulação, alterações no metabolismo e redução da qualidade de vida (Hamze, Souza, & Chianca, 2015) (Ritmala-Castren, Axelin, Kiljunen, Sainio, & Leino-Kilpi, 2014). Como consequências podemos ainda ter o *delirium* e a dessincronização com o ventilador (Sandoval, 2017). O ambiente de cuidados intensivos tem sido considerado como perturbador do padrão de sono dos pacientes (Hamze, Souza, & Chianca, 2015).

Existem muitos fatores que podem afetar o sono: fatores físicos, como a doença, o desconforto e a dor; fatores emocionais, como a ansiedade, a depressão, a doença psiquiátrica, o stress e os distúrbios cognitivos e os fatores ambientais, como a temperatura, a humidade, o ruído, o cheiro e o som (Ryu, Park, & Park, 2011).

Discussão:

A farmacoterapia é uma das propostas de intervenção mais frequente. No entanto, a gestão farmacológica pode estar contraindicada, devido aos efeitos colaterais que poderá causar, como efeitos residuais diurnos, tolerância e dependência (Su, et al., 2013) (Sandoval, 2017).

Segundo a literatura analisada, o controlo dos fatores ambientais, como a luz, a temperatura, o cheiro e o desconforto causado pela cama e/ou pelas almofadas, afeta positivamente o sono noturno das pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos, aumentando a sua duração e a sua qualidade (Özlü & Özer, 2017).

Ao permitir e promover o sono, os enfermeiros são capazes de influenciar a recuperação e reabilitação das pessoas internadas em cuidados intensivos.

Como principais intervenções não-farmacológicas de promoção do sono em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, a evidência analisada destaca: as terapias complementares, como a musicoterapia, a aromaterapia, a massagem, a técnica de imagem guiada e a acupressão; as intervenções relacionadas com o meio ambiente, como a sincronização de atividades com a luz do dia, a redução do ruído, a melhoria do conforto do doente e a coordenação e agrupamento dos cuidados, de forma a permitir um tempo ininterrupto de sono; e, por fim, as intervenções sociais, como o apoio familiar (Sandoval, 2017) (Eliassen & Hopstock, 2011).

Com a implementação da musicoterapia é possível induzir o relaxamento e distração, reduzindo as respostas no sistema nervoso simpático e no neuro endócrino, o que faz com que haja uma diminuição do stress, das frequências cardíaca e respiratória e, conseqüentemente, uma melhoria do sono (Su, et al., 2013). Todas as músicas utilizadas devem ter um ritmo suave, de forma a ser possível alcançar o efeito relaxante, ter um ritmo de 60 a 80 batimentos por minuto, ter tonalidades menores e linhas melódicas suaves, sem mudança de ritmo ou intensidade bruscas (Su, et al., 2013).

A aromaterapia consiste na combinação de aroma, tratamento e terapia que usa óleos essenciais de aroma, com o objetivo de alcançar o equilíbrio no doente, acalmando a mente, o corpo e o espírito (Cho, Lee, & Hur, 2017). Trata-se de um tratamento relativamente eficaz e seguro, que não se acumula no corpo e que é expelido através do sistema respiratório, fígado e rins (Cho, Lee, & Hur, 2017).

No que diz respeito ao controlo do ambiente, da literatura analisada imana que a redução da luz pode ser alcançada através da diminuição da intensidade da luz ou da utilização de uma máscara nos olhos (Eliassen & Hopstock, 2011).

Por sua vez, a redução do ruído pode ser conseguida através: do ajuste dos alarmes dos equipamentos, pela minimização das conversas perto do doente e pela utilização de tampões auditivos (Eliassen & Hopstock, 2011).

A melhoria do conforto do doente inclui intervenções como: o ajuste do modo ventilatório, de forma a alcançar uma total sincronia entre o ventilador e o doente, o alívio da dor, o posicionamento do doente e técnicas de relaxamento, incluindo a massagem (Eliassen & Hopstock, 2011).

Os registos de enfermagem, no que diz respeito ao sono, são pobres, centrando-se principalmente na quantidade de sono (cerca de 71%) e menos na qualidade, avaliação das

necessidades e intervenções realizadas (cerca de 27%) (Ritmala-Castren, Axelin, Kiljunen, Sainio, & Leino-Kilpi, 2014). Tendo em conta a importância do sono para a recuperação dos doentes e para o seu bem-estar, é importante avaliar e documentar todos estes aspetos, que incluem todo o processo de enfermagem, ou seja, a avaliação das necessidades, as intervenções realizadas, a avaliação do sono e os resultados das intervenções, tendo em conta, também, a perspetiva do doente (Ritmala-Castren, Axelin, Kiljunen, Sainio, & Leino-Kilpi, 2014).

Conclusão:

Apesar da qualidade da evidência dos efeitos das intervenções não-farmacológicas ser baixa ou muito baixa, de acordo com a classificação GRADE da Cochrane, devido às grandes variações entre estudos e ao risco significativo de viés nos métodos de pesquisa, tratam-se de intervenções de enfermagem independentes, não invasivas, económicas e facilmente aplicáveis (Sandoval, 2017) (Karadag, Samancioglu, Ozden, & Bakir, 2015).

A qualidade do sono da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos assume-se como um desafio constante na prática diária dos enfermeiros. As alterações no padrão do sono dessas pessoas são de origem multifatorial e de difícil controlo.

Através da análise da literatura selecionada, foi possível perceber a necessidade de implementar e registar as intervenções não-farmacológicas, definidas tendo em conta o ser único e irrepetível que é cada um de nós, bem como a gravidade do seu estado de saúde. Desta forma, são promovidos períodos ininterruptos de sono e, conseqüentemente, a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Cho, E., Lee, M.-Y., & Hur, M.-H. (11 de Dezembro de 2017). The Effects of Aromatherapy on Intensive Care Unit Patients' Stress and Sleep Quality: A Nonrandomised Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, pp. 1-10. doi:10.1155/2017/2856592
- Eliassen, K., & Hopstock, L. (4 de Março de 2011). Sleep promotion in the intensive care unit - A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 138-142. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.001

- Hamze, F., Souza, C., & Chianca, T. (2015). Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, pp. 789-796. doi:10.1590/0104-1169.0514.2616
- Karadag, E., Samancioglu, S., Ozden, D., & Bakir, E. (2015). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 22, pp. 105-112. doi:10.1111/nicc.12198
- Marques, M. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (Out/Dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17, pp. 758-764.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., & The Prisma GROUP (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6.
- Özlü, Z., & Özer, N. (2017). The effect of enhancing environmental factors on the quality of patients' sleep in a cardiac surgical intensive care unit. *Biological Rhythm Research*, 48, pp. 85-98. doi:10.1080/09291016.2016.1232462
- Ritmala-Castren, M., Axelin, A., Kiljunen, K., Sainio, C., & Leino-Kilpi, H. (2014). Sleep in the intensive care unit – nurses' documentation and patients' perspectives. *British Association of Critical Care Nurses*, 22, pp. 238-246. doi:10.1111/nicc.12102
- Ryu, M.-J., Park, J., & Park, H. (21 de Junho de 2011). Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 728-735. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03876.x
- Sandoval, C. (Abril de 2017). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit - Cochrane Review Summary. *Critical Care Nurse*, 37, pp. 100-103. doi:10.4037/ccn2017855

Su, C.-P., Lai, H.-L., Chang, E.-T., Yiin, L.-M., Perng, S.-J., & Chen, P.-W. (2013). A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69, pp. 1377-1389. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06130.x

Apêndice III

Resumo e Póster para participação no Seminário InPalIn (Integração de Cuidados Paliativos e Intensivos) – “Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura”

Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão da Literatura

Autores: Ana C. R. Monteiro¹; Sílvia P. Coelho².

Afiliação:

1. Estudante de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto | Portugal – ana_carolina.91@hotmail.com
2. Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; Doutorada em Enfermagem | Portugal - sfcoelho@porto.ucp.pt

Fonte de financiamento: Os autores declaram que não há fonte de financiamento.

Conflitos de interesse: Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Resumo

Introdução: A qualidade do sono da pessoa internada em cuidados intensivos assume-se como um desafio constante para os enfermeiros, pelo ruído inerente ao equipamento da unidade e procedimentos a realizar ao doente.

Objetivo: Conhecer a evidência existente acerca das intervenções não-farmacológicas para promoção do sono na Pessoa internada em cuidados intensivos.

Método: Em setembro de 2017 foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane*, *LISTA* e *MedicLatina* com as palavras-chave: “*sleep quality*”, “*intensive care unit*”, “*critical care*” e “*nursing intervention*”. A questão de partida era: “quais as intervenções não-farmacológicas capazes de promover o sono na Pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos”. Incluíram-se todos os artigos em inglês e texto integral, entre 2007 e 2017.

Resultados: Num total de 10 artigos encontrados, foram selecionados e analisados 9, uma vez que 1 deles não se adequava ao tema em estudo. Como principais intervenções não-

farmacológicas, encontramos: as terapias complementares, como musicoterapia, aromoterapia, massagem, técnica de imagem guiada e acupressão; intervenções relacionadas com o meio ambiente, como sincronização de atividades com a luz do dia, redução do ruído, melhoria do conforto do doente e coordenação e agrupamento dos cuidados; e intervenções sociais, como o apoio familiar.

Conclusão: As principais intervenções são o uso de tampões nos ouvidos e de máscaras nos olhos e a adequação do modo ventilatório. Apesar da qualidade da evidência ser baixa, de acordo com a classificação GRADE da Cochrane, tratam-se de intervenções de enfermagem independentes, não invasivas, económicas e facilmente aplicáveis.

Intervenções Não-Farmacológicas para Promoção do Sono na Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa

Ana C. R. Monteiro¹; Sílvia P. Coelho²

1. Estudante de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto
2. Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; Doutorada em Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Introdução

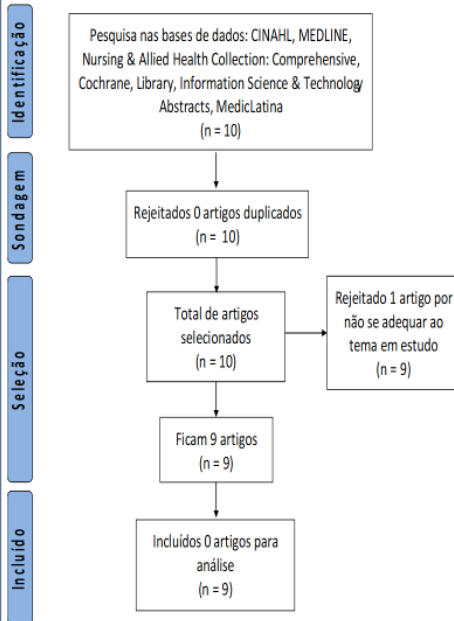
A qualidade do sono da pessoa internada em cuidados intensivos assume-se como um desafio constante para os enfermeiros, pelo ruído inerente ao equipamento da unidade e procedimentos a realizar ao doente.

Objetivo

Conhecer a evidência existente acerca das intervenções não-farmacológicas para promoção do sono na pessoa internada em cuidados intensivos.

Metodologia

Em setembro de 2017 foi realizada uma pesquisa nas bases de CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, Library, Information Science & Technology Abstracts, MediciLatina, com as palavras-chave: “sleep quality”, “intensive care unit”, “critical care” e “nursing intervention”, com o intuito de responder à pergunta de investigação, na qual foi utilizada a metodologia PICO sendo a questão de partida: “quais as intervenções não-farmacológicas capazes de promover o sono na pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos?”. Incluíram-se todos os artigos de língua inglesa, existentes em texto integral, entre os anos 2007 e 2017. No total de 10 artigos encontrados, foram selecionados e analisados na íntegra 9, tal como demonstra o seguinte fluxograma PRISMA:



Resultados

Da literatura analisada emana que o sono é uma necessidade humana básica, que permite a preservação da homeostase e o equilíbrio de diferentes sistemas orgânicos do ser humano. A privação do sono é um dos problemas mais comuns entre as pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos e pode ter como causa, a dor subjacente ao motivo de internamento, o desconforto das intervenções, o stress físico e/ou psicológico e o próprio ambiente do serviço. Esta problemática pode levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que, por sua vez, podem causar alterações clínicas no indivíduo, como anormalidades no sistema imunológico, distúrbios psicológicos e na termorregulação, alterações no metabolismo e redução da qualidade de vida. Como consequências podemos ter ainda o delirium e a dessincronização com o ventilador.

Ao permitir e promover períodos ininterruptos de sono, os enfermeiros são capazes de induzir o relaxamento e distração, diminuindo o stress e as frequências cardíaca e respiratória, influenciando a qualidade do sono e, conseqüentemente, a recuperação e reabilitação das pessoas.

Como principais **intervenções não-farmacológicas** de promoção do sono em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, a evidência analisada destaca:

Musicoterapia

- Utilizar músicas com um ritmo suave (60 a 80 batimentos por minuto), com tonalidades menores e linhas melódicas suaves, sem mudança de ritmo ou intensidade bruscas



Aromaterapia

- Combinação de aroma, tratamento e terapia com utilização de óleos essenciais



Controlo do ambiente

- Coordenação e agrupamento dos cuidados
- Sincronização de atividades com a luz do dia
- Diminuição da intensidade da luz com utilização de máscara nos olhos
- Redução do ruído com ajuste dos alarmes dos equipamentos, pela minimização das conversas perto do doente e pela utilização de tampões auditivos



Melhoria do conforto do doente

- Ajuste do modo ventilatório
- Alívio da dor
- Posicionamento adequado
- Técnicas de relaxamento (massagem, técnica de imagem guiada, acupressão)
- Apoio familiar



Conclusões

A qualidade do sono da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos assume-se como um desafio constante na prática diária dos enfermeiros. As alterações no padrão do sono dessas pessoas são de origem multifatorial e de difícil controlo. As principais intervenções não-farmacológicas de promoção do sono em doentes internados em unidades de cuidados intensivos são: o uso de tampões nos ouvidos e de máscaras nos olhos e a adequação do modo ventilatório. Apesar da qualidade da evidência ser baixa ou muito baixa, de acordo com a classificação GRADE da Cochrane, tratam-se de intervenções de enfermagem independentes, não invasivas, económicas e facilmente aplicáveis.

Referências Bibliográficas

Cho, E., Lee, M.-Y., & Hur, M.-H. (11 de Dezembro de 2017). The Effects of Aromatherapy on Intensive Care Unit Patients' Stress and Sleep Quality: A Nonrandomised Controlled Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, pp. 1-10.

Ellason, K., & Hoptstock, L. (4 de Março de 2011). Sleep promotion in the intensive care unit - A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, pp. 138-142.

Hernes, J., Sousa, C., & Chianca, T. (2015). Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, pp. 789-796.

Karataş, E., Samancıoğlu, S., Özden, D., & Bakır, E. (2015). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *British Association of Critical Care Nurses*, 22, pp. 105-112.

Marques, M. (2018). A intervenção de enfermagem na promoção do sono a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (Out/Dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17, pp. 758-764.

Osilo, Z., & Ozer, N. (2017). The effect of enhancing environmental factors on the quality of patients' sleep in a cardiac surgical intensive care unit. *Biological Rhythm Research*, 48, pp. 85-98.

Ritola-Castan, M., Avellan, A., Kiljunen, K., Sainio, L., & Leino-Kilpi, H. (2014). Sleep in the intensive care unit - nurses' documentation and patients' perspectives. *British Association of Critical Care Nurses*, 22, pp. 238-246.

Ryu, M.-J., Park, J., & Park, H. (15 de Junho de 2015). Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 728-735.

Sandoval, C. (April de 2017). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit - Cochrane Review Summary. *Critical Care Nurse*, 37, pp. 100-103.

Siu, C.-P., Li, H.-L., Chang, E.-T., Hsu, L.-W., Peng, S.-J., & Chen, P.-W. (2013). A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69, pp. 1377-1389.

Apêndice IV

Apresentação do Percorso de Aprendizagem em Cuidados Intensivos



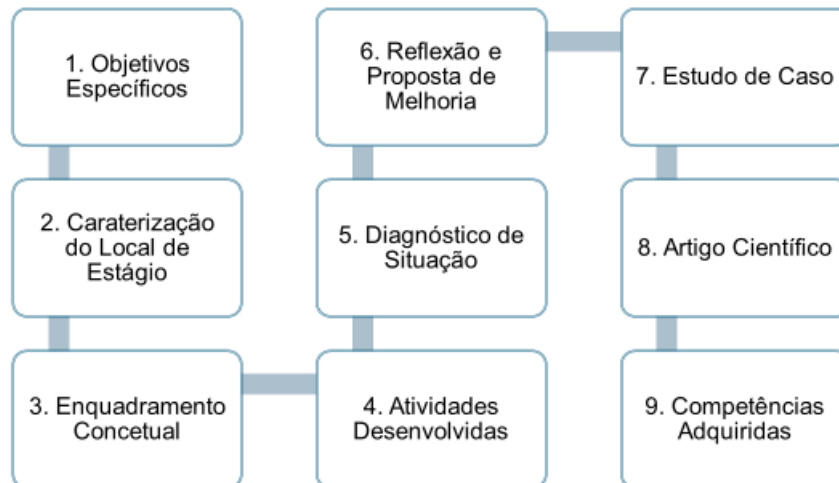
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Apresentação do Percurso de Aprendizagem

Humanização dos Cuidados de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e/ou Paliativa

Estudante: Ana Carolina da Rocha Monteiro
Sob orientação de: Professora Patrícia Coelho
Junho de 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Ana Carolina da Rocha Monteiro 2

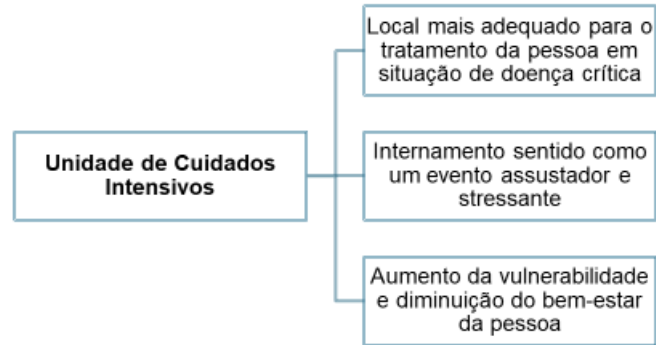
1. Objetivos Específicos

Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e/ou risco de falência orgânica	Gerir a administração de protocolos terapêuticos	Gerir a dor e promover o bem-estar da pessoa em situação de doença crítica e/ou paliativa, otimizando as respostas
Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e paliativa	Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde	Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação de doença crítica e/ou paliativa
Garantir a prevenção e controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação de doença crítica e/ou paliativa	Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento	Atuar como membro facilitador no processo de aprendizagem

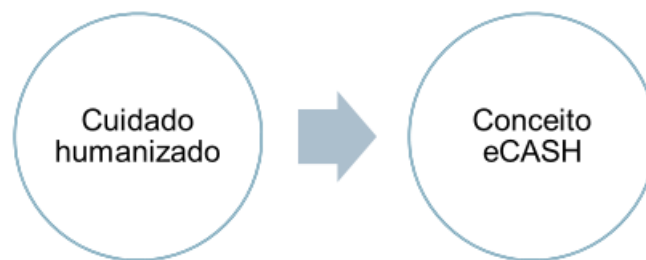
2. Caracterização do Local de Estágio



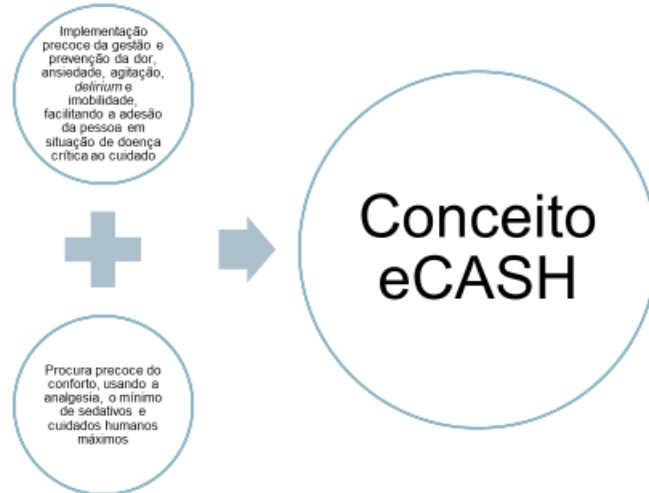
2. Caracterização do Local de Estágio



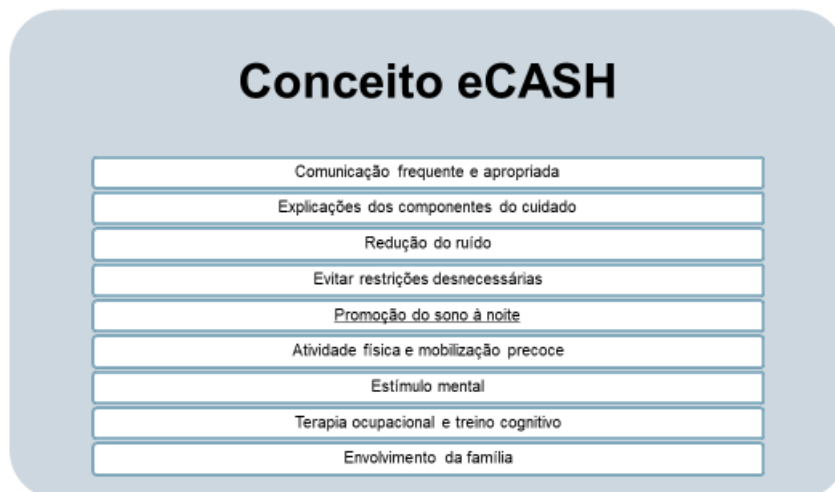
3. Enquadramento Concetual



3. Enquadramento Concetual



3. Enquadramento Concetual



3. Enquadramento Concetual

14 Necessidades Fundamentais - Virgínia Henderson

- Respirar normalmente;
- Beber e comer adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Movimentar-se e manter a postura correta;
- Dormir e descansar;
- Escolher a roupa – vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal;
- Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- Evitar os riscos de ambiente e evitar lesar os outros;
- Comunicar com os seus semelhantes, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- Praticar uma religião, ou agir segundo as suas crenças;
- Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
- Jogar ou participar em atividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a sua curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

3. Enquadramento Concetual

Sono – CIPE @ versão 2

“Repouso: redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos”.

4. Atividades Desenvolvidas

Avaliação da Qualidade do Sono na Unidade de Cuidados Intensivos

- Identificação dos fatores perturbadores do sono na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos
- Avaliação da percepção do enfermeiro sobre a qualidade e quantidade do sono
- Realização de propostas de melhoria, com vista à promoção de um sono adequado na pessoa em situação de doença crítica

Elaboração de Estudo de Caso

Elaboração de Artigo Científico, com Revisão da Literatura

5. Diagnóstico de Situação

Fatores perturbadores do sono

Stress psicológico associado à doença e ao ambiente

Ruído

Interrupções do sono para a prestação de cuidados ou administração de fármacos

Realização de procedimentos dolorosos ou processos fisiológicos

Excesso de iluminação

Desconforto muscular e articular, resultante do tempo confinado ao leito

5. Diagnóstico de Situação

Quadro de Avaliação do Diagnóstico de Situação

	03/06		08/06		13/06	
	Sala grande	Sala pequena	Sala grande	Sala pequena	Sala grande	Sala pequena
Diminuição da intensidade da luz	00h30	00h00	01h00	03h00	01h00	23h30
Diminuição do ruído	01h25	00h45	01h30	03h00	01h30	23h30
Diminuição dos fluxos de trabalho	00h25	00h00	01h10	03h00	01h00	23h30
Televisões apagadas	02h15	00h00	23h40	23h25	01h00	23h30
Aumento dos fluxos de trabalho	06h00	06h10	06h05	06h15	06h00	06h15

5. Diagnóstico de Situação

Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

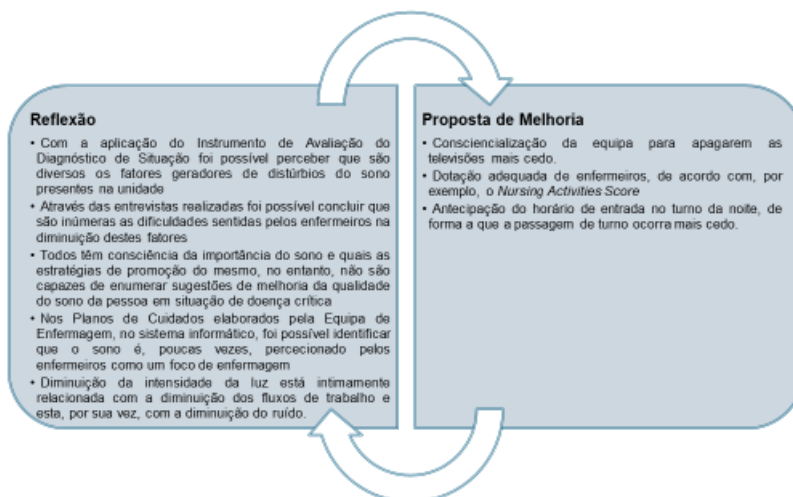
1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço?
2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação de doença crítica?
3. Como avalia a importância do sono na pessoa em situação de doença crítica?
4. Que estratégias de promoção da qualidade do sono são implementadas no serviço?
5. Que medidas sugeriria para uma melhoria da qualidade do sono da pessoa em situação de doença crítica?

5. Diagnóstico de Situação

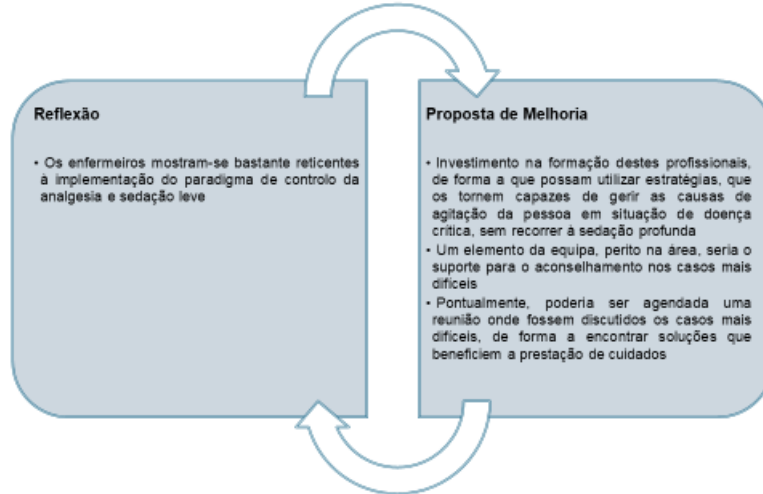
Guião da Entrevista Estruturada a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

1. Qual o papel dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação no serviço?
2. Como avalia o paradigma de controlo da analgesia e sedação leve, na pessoa em situação de doença crítica?
3. Que estratégias de mobilização precoce são utilizadas na pessoa em situação de doença crítica e quais os seus benefícios?

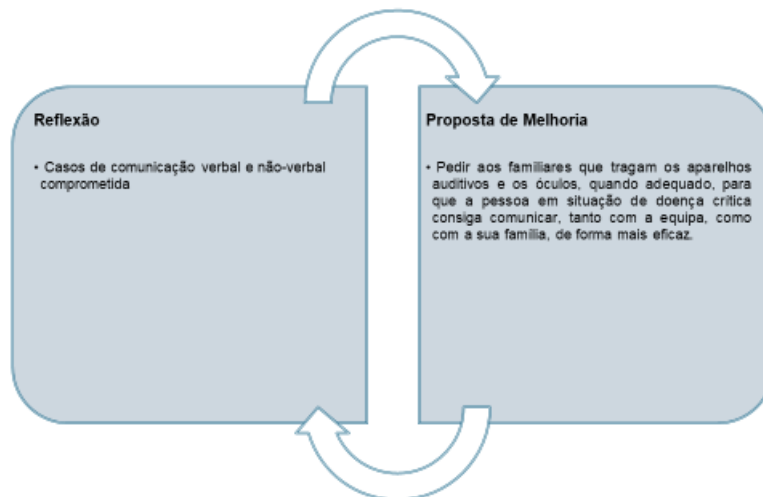
6. Reflexão e Proposta de Melhoria



6. Reflexão e Proposta de Melhoria



6. Reflexão e Proposta de Melhoria



7. Estudo de Caso

Senhora, de 44 anos

Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento progressivo de dispneia, com cerca de três semanas de evolução, acompanhada de tosse seca, toracalgia pleurítica anterior e arrepios

Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistémico, conhecido desde 2007

Devido à gravidade da insuficiência respiratória, houve necessidade de colocação de suporte circulatório extracorporeal (ECMO) veno-venoso

Analgésio-sedada

8. Artigo Científico

Revisão da Literatura

Descritores MeSH

Metodologia Prisma

9. Competências Adquiridas

Formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade, de forma autónoma, sistemática e crítica.	Reflexão na e sobre a prática, de forma crítica.	Capacidade de controlo da dor e promoção do bem-estar.
Consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a pessoa ou com a família.	Conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e com a família.	Conhecimentos sobre o desenvolvimento da relação terapêutica.
Consciência crítica para os problemas relacionados com o controlo da infeção.	Incorporação na prática dos resultados da investigação válidos e relevantes, com base na evidência científica.	Promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. 2015.** Norma n.º 021/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. 2015.
- International Council of Nurses. 2010.** CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Genebra : Lusodidacta, 2010. 978-92-95094-35-2.
- Marques, Marisa. 2016.** *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016.
- Meriläinen, Merja, Kyngäs, Helvi e Ala-Kokko, Tero. 2010.** 24-Hour intensive care: An observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010.
- Sato, Emília, Bonfá, Eloisa e Vasconcelos, Mônica. 2002.** Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistémico (LES). *Rev Bras Reumatol*. 6, 2002, Vol. 42.
- Soares, Fernanda. 2014.** *Proposta de Protocolo de Enfermagem: Assistência na Administração da Pulsoterapia*. Belém : s.n., 2014.
- Tomey, Ann e Alligood, Martha. 2004.** *Técnicas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures : Lusociência, 2004.
- Vincent, Jean-Louis, et al. 2016.** Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 46, 2016.
- Waldow, Vera e Borges, Rosália. 2011.** Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.* 3, 2011, Vol. 24.

Apêndice V

Trabalho – Tradução e Validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) para Português de Portugal



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA

**Tradução e Validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs
Assessment Tool*) para Português de Portugal**

Por

Ana Carolina da Rocha Monteiro

Ana Margarida Silva

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, novembro de 2017

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	155
2. Pertinência da Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>).....	157
3. Processo de Tradução e Validação da Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>)	161
4. Conclusão	163
5. Referências Bibliográficas	165
Apêndice	167
Apêndice I – Sincronização das duas traduções do CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>)	169
Apêndice II – Primeira Versão da Escala Portuguesa do CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>)	175
Anexos.....	179
Anexo 1 - Escala CSNAT (<i>The Carer Support Needs Assessment Tool</i>)	181
Anexo 2 - Declaração da Colaboração com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos	185

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Módulo III – Cuidados Paliativos, do Estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho. A componente prática deste módulo foi realizada num serviço de cuidados paliativos, de um hospital privado, da região norte do país.

Durante o decorrer do módulo, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*), em colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos, a desafio da Professora Doutora Patrícia Coelho. Desafio esse aceite de imediato com enorme motivação e responsabilidade.

A realização deste trabalho, assume-se como um instrumento essencial, tendo como principais objetivos a análise da pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) na prestação de cuidados e a descrição do processo de tradução e validação da mesma. Para a sua elaboração foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva.

A estrutura do trabalho encontra-se dividida em sete capítulos: no primeiro, surge a Introdução onde são expostos os principais pontos a serem abordados no corpo do trabalho. De seguida, segue-se um capítulo dedicado à pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) e outro com a descrição do processo de tradução e validação da mesma. Segue-se a Conclusão, onde é feito um balanço e análise transversal do trabalho realizado e, finalmente, as Referências Bibliográficas.

2. Pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*)

Os Cuidados Paliativos visam melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças que colocam a vida em risco e suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento através da detecção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2002).

Neste sentido, as áreas de atuação das equipas de cuidados paliativos são diversas, mas passam, essencialmente, pelo controlo de sintomas, pela comunicação adequada, pelo trabalho em equipa interdisciplinar e fundamentalmente pelo apoio à família. De facto, o doente e a família, são a unidade a tratar e, muitas vezes, o apoio à família torna-se elementar.

A família desempenha um papel fundamental no contexto sociocultural dos seus membros e, na maioria das sociedades, a prestação dos cuidados é entendida como uma das suas funções, cuidados estes que englobam não só o aspeto físico, mas também aspetos psicológicos, éticos, sociais, demográficos, clínicos, entre outros (Luders & Storani, 2000).

Em cuidados paliativos, a família inclui-se no cuidado integral ao doente, aparecendo como cuidador informal, mediador dos cuidados prestados pelos profissionais e uma importante referência emocional durante todo o processo de doença (Almeida, 2012). No entanto, não é possível esquecer que o cuidar paliativo pode gerar altos níveis de stress e ansiedade nos familiares, assim como pode significar uma alteração nas rotinas habituais daquele elemento, o que torna, cada vez mais, a satisfação das famílias um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais (Almeida, 2012).

Na maioria das vezes, a família não sabe lidar com a doença e com a fase terminal do seu familiar, o que, muitas vezes, suscita alterações emocionais e comportamentais que devem ser compreendidas e interpretadas pelo profissional de saúde. De facto, é fulcral, a equipa estar atenta e ir ao encontro das necessidades da família, através do apoio, transmissão de informação e desmistificação de dúvidas e preconceitos. É, deste modo, que o profissional se alia à família na descoberta de recursos que possam promover / devolver a estabilidade e equilíbrio familiar. Não raras vezes, são estas famílias / cuidadores que exigem cuidar do seu ente querido nesta fase, chegando mesmo a ter o seu familiar em casa, adotando rapidamente a posição de cuidador informal. Assim, é fácil perceber que serão muitas as necessidades de apoio que terão que ser percebidas e trabalhadas em parceria com o profissional de saúde, de modo a promover a qualidade dos cuidados prestados, quer ao doente, quer à respetiva família (Almeida, 2012).

É neste sentido, que o conhecimento das necessidades da família / cuidadores é imprescindível, algo que a Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) nos permite saber. Esta foi desenvolvida na ausência de qualquer evidência ou ferramenta de avaliação viável, baseada no cuidador. Ewing et al (2013) realizaram entrevistas a grupos focais com 75 cuidadores, pedindo-lhes que identificassem os principais aspetos de apoio a cuidadores em casa. Estes foram categorizados em 14 amplos domínios de apoio, cada um abrangendo uma série de necessidades individuais dos cuidadores (Ewing, Brundle, Payne, & Grande, 2013). A ferramenta foi validada com 225 cuidadores adultos de pacientes paliativos em casa (Ewing, Brundle, Payne, & Grande, 2013). A Escala compreende 14 domínios, onde os cuidadores têm a oportunidade de exprimir quais as áreas em que precisam de mais apoio naquele momento.

Para a sua implementação na prática, a CSNAT foi integrada num processo centrado na pessoa – a abordagem CSNAT - que possui 5 etapas principais, sendo cada uma delas facilitada pelo profissional, mas liderada pelo cuidador (Ewing, Austin, Diffin, & Gunn, 2015). Em todas as fases é dada ao cuidador a oportunidade de dizer o que sente e o que é mais importante para ele, naquele momento.

A primeira etapa começa quando os cuidadores são introduzidos no CSNAT e a altura e a forma como isso acontece irá depender do doente, do cuidador e das circunstâncias. No entanto, deverá acontecer com a maior brevidade possível, visto que uma avaliação atempada das necessidades do cuidador, pode facilitar a resolução precoce de preocupações e evitar situações de crise (The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research), 2016). Algumas das mensagens-chave que devem ser transmitidas ao cuidador, nesta fase introdutória, consistem em: reforçar que os tipos de apoio que o CSNAT destaca, foram os que outros cuidadores, em situações semelhantes, precisaram; determinar as suas necessidades de apoio individuais; e salvaguardar que se trata do início de um processo de avaliação contínua (The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research), 2016). É muito importante que o cuidador interprete o CSNAT como uma oportunidade de considerar as suas necessidades, e não como a obrigação de preencher um formulário.

A segunda etapa engloba as necessidades consideradas pelo cuidador. De ressaltar, que as necessidades de apoio do cuidador serão diferentes das do doente. O cuidador deve olhar para o CSNAT e refletir sobre a sua pessoa e as suas necessidades de apoio (The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of

Cambridge (Centre for Family Research), 2016). Após a introdução no CSNAT, o cuidador pode precisar de tempo para considerar e priorizar as suas necessidades de apoio. Tendo em conta a forma como está elaborada a escala, o cuidador tem a possibilidade de indicar em qual dos 14 domínios necessita de mais apoio, bem como o nível de apoio (um pouco mais, muito mais, bastante mais). Existe ainda um último parâmetro, onde o cuidador pode escrever qualquer outro tipo de apoio que necessite, que não esteja discriminado nos restantes 14 domínios.

Segue-se a terceira etapa, que abrange a conversa de avaliação, onde o profissional deverá explorar as necessidades de apoio identificadas pelo cuidador. Trata-se de uma fase essencial, a partir da qual será possível perceber o tipo de apoio necessário para cada um dos domínios, e onde deve ser tido em consideração que o tipo de apoio que a pessoa percebe necessitar, pode não ser o que efetivamente necessita (The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research), 2016).

A penúltima etapa consiste no plano de ação compartilhado, onde são identificadas as fontes de apoio às quais o cuidador já tem acesso, como membros da família, amigos, entre outros, e onde é necessário perceber como se sentiria o cuidador se alguém o ajudasse. Numa fase posterior, as ajudas ao cuidador poderão incluir: ajudar o cuidador a identificar fontes de apoio, seja por autoajuda ou através da família e amigos; escuta ativa, fornecendo tranquilidade, informações, conselhos ou informações educacionais; sinalização para fontes de apoio; e referenciação para um serviço de apoio adicional.

Por último, temos a revisão das necessidades de apoio do cuidador, uma etapa que provavelmente estará sempre em curso. No entanto, poderão haver momentos em que a reavaliação completa das necessidades de apoio do cuidador seja benéfica, como por exemplo, quando existe uma deterioração do estado geral do paciente ou uma alteração no plano de cuidados do mesmo (The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research), 2016). Para além disso, o pedido de revisão das necessidades de apoio pode partir do profissional ou do cuidador.

Desta forma, a aplicação desta escala em Portugal torna-se imprescindível, particularmente nos serviços de cuidados paliativos, de forma a que a equipa possa identificar as necessidades dos cuidadores e, seguidamente, desenvolver um plano de intervenção eficaz que minimize o sofrimento e o desgaste emocional destas famílias neste momento de fragilidade, em que a perda do seu familiar poderá ser iminente.

3. Processo de Tradução e Validação da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*)

Durante o módulo III, surgiu a oportunidade de participar no processo de tradução e validação da Escala CSNAT (*Anexo 1*), como processo de colaboração com o Observatório Português de Cuidados Paliativos (*Anexo 2*), a desafio da Professora Doutora Patrícia Coelho. O desafio foi aceite de imediato, por mim e por outra colega de curso, que também estava a fazer o mesmo módulo no serviço, e foi encarado com enorme motivação e responsabilidade. De facto, a validação desta escala torna-se uma ferramenta importante para a prática atual dos cuidados paliativos, pois as necessidades das famílias / cuidadores são questões de relevo e condicionadoras do processo de saúde-doença. Deste modo, achámos pertinente participar neste projeto, pois acreditamos na sua aplicabilidade no dia-a-dia dos cuidados paliativos.

Numa fase inicial, foi efetuado o pedido de autorização aos autores da Escala CSNAT, pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, para a tradução e validação da Escala para Português de Portugal.

Posteriormente, foram elaboradas duas traduções independentes uma da outra, por dois tradutores bilingues. Obtendo-se a tradução 1 e a tradução 2. Posto isto, o próximo passo seria proceder à sincronização destas duas versões traduzidas, de modo a perceber quais as semelhanças / diferenças entre elas e, de acordo com o conhecimento da prática dos cuidados paliativos em Portugal, perceber quais seriam os termos / frases mais adaptados e de fácil entendimento perante a nossa população. De facto, a forma prática e simples como a escala de apresenta torna-se fundamental para o seu entendimento perante a população a que se destina, assim como facilita o trabalho do profissional que a aplica.

Foi nesta fase da validação da escala que o nosso trabalho foi realizado. Na prática, reunimos as duas traduções e paralelamente procedemos à sua análise e sincronização. Foram vários os pontos de discussão, que passamos a analisar, particularmente em relação à seleção dos termos a utilizar, nomeadamente:

- . Suporte vs. Ajuda vs. Apoio
- . Entender vs. Compreender
- . Gerir vs. Lidar
- . Problemas vs. Questões
- . Providenciar vs. Prestar

- . WC vs. Casa de banho
- . Questões vs. Preocupações

Nesta fase foram fundamentais o apoio e articulação que as enfermeiras tutoras e peritas nos deram na sincronização da tradução e aferição dos termos.

Após a obtenção da primeira sincronização das duas traduções, realizámos uma reunião de consenso entre toda a equipa responsável pelo estudo onde fizemos uma aferição dessa mesma sincronização (*Apêndice I*) e, a partir da qual, obtivemos a primeira versão da escala portuguesa do CSNAT (*Apêndice II*).

A partir deste momento, e devido ao limite de tempo deste módulo de estágio, passou a ser uma outra colega, estudante de Mestrado em Cuidados Paliativos, a liderar o processo de tradução e validação da escala, no qual também continuamos a colaborar. A próxima fase na validação da escala CSNAT passa retro tradução para a língua original, de forma a que os autores possam perceber se a linguagem utilizada é a mais adequada e fiel à versão original.

4. Conclusão

O curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. O curso tem a duração de três semestres, integrando uma componente teórica e um estágio com a elaboração do respetivo relatório.

Com a elaboração do presente trabalho, referente ao Módulo III – opcional (Cuidados Paliativos), considerámos ter atingido os objetivos, inicialmente estabelecidos, uma vez que fomos capazes de analisar a pertinência da Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*) na prestação de cuidados e descrever o processo de tradução e validação da mesma.

Terminada esta etapa de trabalho árduo, considerámos este documento de suma importância, uma vez que nele apresentámos partes integrantes dos nossos Relatórios de Estágio que, esperamos, venha a ser o culminar do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concomitantemente com a discussão pública dos mesmos.

5. Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2012). Avaliação da Satisfação dos Familiares dos Doentes em Cuidados Paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina.
- Ewing, G., Austin, L., Diffin, J., & Gunn, G. (2015). Developing a person-centred approach to carer assessment and support. *British Journal of Community Nursing*, 20, pp. 580-584.
- Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home: A Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46, pp. 395-405.
- Luders, S. A., & Storani, M. S. (2000). Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. Em M. Netto, *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work) / University of Cambridge (Centre for Family Research). (2016). The CSNAT Approach - A person-centred process of carer assessment and support in palliative and end of life care.
- World Health Organization. (2002). Obtido em 3 de Novembro de 2017, de World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Apêndice

Apêndice I

Sincronização das duas traduções do CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*)

Sincronização das 2 traduções da Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)

CSNAT - 1					CSNAT - 2					Sincronização 1				
Ferramenta de avaliação das necessidades de suporte do cuidador (CSNAT) As suas necessidades de suporte					Escala de avaliação das necessidades de suporte do cuidador (CSNAT) As suas necessidades de suporte					Escala de avaliação das necessidades de apoio do cuidador (CSNAT) As suas necessidades de apoio				
Gostaríamos de saber que tipo de ajuda necessita que lhe permita cuidar do seu familiar ou amigo, e que suporte precisa para si. Para cada questão, assinale a quadrícula que melhor representa as suas necessidades de suporte neste momento.					Nós gostaríamos de saber que tipo de apoio precisa para o/a ajudar a cuidar do seu familiar ou amigo, e que tipo de suporte precisa para si mesmo/a. Para cada pergunta, por favor selecione a opção que melhor representa as suas necessidades de suporte neste momento.					Nós gostaríamos de saber que tipo de apoio precisa para o/a ajudar a cuidar do seu familiar ou amigo, e que tipo de apoio precisa para si mesmo/a. Para cada pergunta, por favor selecione a opção que melhor representa as suas necessidades de apoio neste momento.				
Necessita de mais ajuda para...	Não	Um pouco mais	Consideravelmente mais	Bastante mais	Precisa de mais suporte para...	Não	Um pouco mais	Muito mais	Bastante mais	Necessita de mais apoio para...	Não	Um pouco mais	Muito mais	Bastante mais
... entender a doença do seu familiar?					...compreender a doença do seu familiar?					... entender a doença do seu familiar?				
... ter tempo para si durante o dia?					...ter tempo para si mesmo durante o dia?					... ter tempo para si durante o dia?				
... gerir os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicação?					...gerir os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicamentos?					... lidar com os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicação?				
... os seus problemas financeiros, legais ou laborais?					...as suas questões financeiras, legais ou de trabalho?					... os seus problemas financeiros, legais ou laborais?				

... providenciar cuidados pessoais ao seu familiar (p. ex. vestir, lavar, usar o WC)?	...providenciar cuidados pessoais ao seu familiar (por exemplo vestir-se, lavar-se ou na utilização da sanita)?	... prestar cuidados ao seu familiar (p. ex. vestir, lavar, usar a casa de banho)?
... lidar com os seus sentimentos e preocupações?	...lidar com os seus sentimentos e preocupações?	...lidar com os seus sentimentos e preocupações?
... saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por diversas necessidades, incluindo à noite)?	...saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por uma série de necessidades incluindo à noite)?	... saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por diversas necessidades, incluindo à noite)?
... cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?	...cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?	...cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?
... equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?	...equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?	...equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?
... as suas crenças ou questões espirituais?	...as suas crenças ou preocupações espirituais?	... as suas crenças ou questões espirituais?
... falar com o seu familiar sobre a doença dele ou dela?	...falar com o seu familiar sobre a sua doença?	...falar com o seu familiar sobre a sua doença?
... ajuda prática em casa?	...ajuda prática na casa?	...ajuda prática em casa?
... saber o que esperar no futuro quando cuida do seu familiar?	...saber o que esperar do futuro quando está a cuidar do seu familiar?	...saber o que esperar do futuro enquanto cuida do seu familiar?
... tirar uma pausa de prestar cuidados durante a noite?	...fazer uma pausa dos cuidados durante a noite?	...fazer uma pausa dos cuidados durante a noite?
... qualquer outro assunto (por favor escreva)?	...algo mais (por favor escreva)?	... qualquer outro assunto (por favor escreva)?
Por favor considere em qual dos anteriores necessita de mais ajuda neste momento.	Por favor considere com qual dos itens acima mais precisa de suporte neste momento.	Por favor indique em relação a qual dos itens acima mais precisa de ajuda neste momento.

Um profissional irá então ser capaz de discutir estas necessidades de auxílio consigo.	Um profissional de saúde será então capaz de discutir estas necessidades de suporte consigo.	Um profissional de saúde poderá, assim, discutir estas necessidades de ajuda consigo.
--	--	---

Apêndice II

Primeira Versão da Escala Portuguesa do CSNAT (*The Carer Support
Needs Assessment Tool*)

Escala de Avaliação das Necessidades de Apoio do Cuidador (CSNAT)**As suas necessidades de apoio**

Nós gostaríamos de saber que tipo de apoio precisa que lhe permita cuidar do seu familiar ou amigo/a, e que tipo de apoio precisa para si mesmo/a. Para cada questão, por favor assinale a quadrícula que melhor representa as suas necessidades de apoio neste momento.

Precisa de mais apoio para...	Não	Um pouco mais	Muito mais	Bastante mais
... entender a doença do seu familiar?				
... ter tempo para si durante o dia?				
... lidar com os sintomas do seu familiar, incluindo dar medicação?				
... os seus problemas financeiros, legais ou laborais?				
... prestar cuidados ao seu familiar (p. ex. vestir, lavar, usar a casa de banho)?				
... lidar com os seus sentimentos e preocupações?				
... saber quem contactar se estiver preocupado com o seu familiar (por diversas necessidades, incluindo à noite)?				
... cuidar da sua própria saúde (problemas físicos)?				
... equipamento para ajudar a cuidar do seu familiar?				
... as suas crenças ou questões espirituais?				
... falar com o seu familiar sobre a sua doença?				

... ajuda prática em casa?				
... saber o que esperar do futuro enquanto cuida do seu familiar?				
... fazer uma pausa dos cuidados durante a noite?				
... qualquer outro assunto (por favor escreva)?				

Por favor indique em relação a qual dos itens acima **mais** precisa de apoio neste momento. Um profissional de saúde poderá, assim, discutir estas necessidades de apoio consigo.

Anexos

Anexo 1

Escala CSNAT (*The Carer Support Needs Assessment Tool*)

The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)

Your support needs

We would like to know what help you need to enable you to care for your relative or friend, and what support you need for yourself. For each statement, please tick the box that best represents your support needs at the moment.

Do you need more support with...	No	A little more	Quite a bit more	Very much more
...understanding your relative's illness?				
...having time for yourself in the day				
...managing your relative's symptoms, including giving medicines?				
...your financial, legal or work issues?				
...providing personal care for your relative (eg dressing, washing, toileting)?				
...dealing with your feelings and worries?				
...knowing who to contact if you are concerned about your relative (for a range of needs including at night)?				
...looking after your own health (physical problems)?				
...equipment to help care for your relative?				
...your beliefs or spiritual concerns?				
...talking with your relative about his or her illness?				
...practical help in the home?				
...knowing what to expect in the future when caring for your relative?				
...getting a break from caring overnight?				
...anything else (please write in)?				

Please consider which of the above you most need support with at the moment.
A practitioner will then be able to discuss these support needs with you.

Copyright © 2009 University of Cambridge (Centre for Family Research)/The University of Manchester (School of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved. Gail Ewing (Cambridge) and Gunn Grande (Manchester) have asserted their moral right to be identified as authors of the CSNAT.

Please do not remove this notice from the CSNAT or any copies. Copying and use of the CSNAT is subject to registration and agreement to the CSNAT Terms of Use at <http://csnat.org>.

Anexo 2

Declaração da Colaboração com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que a Sr.ª Enf.ª Ana Carolina da Rocha Monteiro se encontra a colaborar com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no processo de Tradução e Validação para Português de Portugal da Escala CSNAT (The Carer Support Needs Assessment Tool).

Lisboa, 04/11/2017

MANUEL LUÍS VILA
CAPELAS

Axinado de forma digital por
MANUEL LUÍS VILA CAPELAS
Dados: 2017.11.04 17:00:17 Z

Professor Doutor Manuel Luís Capelas
(Codiretor)

Apêndice VI

Trabalho do *Abstract* e Pôster para participação no 4th *International Health Congress* –
“*Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness*”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU PALIATIVA

**Trabalho do *Abstract* e Póster para participação no 4th International
Health Congress – “Family Experiences of the Internalized Person in
Situation of Critical Illness”**

Por

Ana Carolina da Rocha Monteiro

Raquel Marlene Vieira Ramos

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto, janeiro de 2017

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	195
2. Revisão da Literatura sobre as Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica	197
3. Conclusão	201
4. Referências Bibliográficas	203
Apêndice	205
Apêndice I – <i>Abstract</i> para participação no <i>4th International Health Congress – “Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision”</i>	207
Apêndice II – Póster para participação no <i>4th International Health Congress – “Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision”</i>	211

1. Introdução

O presente documento surge no âmbito do Módulo I – Serviço de Urgência, do Estágio do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho. A componente prática deste módulo foi realizada no serviço de urgência, de um hospital central da região norte, de 6 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018.

O tema de ambos os Projetos de Estágio abrange a Humanização dos Cuidados e as Vivências da Família da Pessoa em Situação de Doença Crítica. Neste sentido, e como ao longo do nosso estágio, identificámos algumas oportunidades de melhoria relativas a estes temas, foi tomada a decisão da elaboração de uma revisão integrativa sobre as Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica.

Atualmente, as vivências da família da pessoa em situação crítica constituem um tema bastante estudado, pois existe uma necessidade de intervenção dos profissionais para e com a família, uma vez que esta possui as suas próprias necessidades que carecem de ser satisfeitas. Desta forma, os profissionais devem incluir a família na esfera do cuidar, fomentando assim a Humanização dos Cuidados.

A realização deste trabalho, assume-se como um instrumento essencial, tendo como principal objetivo: conhecer a evidência existente acerca das Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica. Para a sua elaboração foi utilizada a metodologia descritiva e reflexiva.

Neste sentido, e de forma a serem comunicados os resultados encontrados, foi realizado um *Abstract* para participar no 4º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (*Apêndice I*) e um póster que foi apresentado no evento, em maio de 2018 (*Apêndice II*).

A estrutura do trabalho encontra-se dividida em três capítulos: no primeiro, surge a Introdução onde são expostos os principais pontos a serem abordados no corpo do trabalho. De seguida, segue-se um capítulo dedicado à Revisão da Literatura sobre o tema. Segue-se a Conclusão, onde é feito um balanço e análise transversal do trabalho realizado e, finalmente, as Referências Bibliográficas.

2. Revisão da Literatura sobre as Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica

No decorrer do nosso estágio, e visto que a urgência é um serviço onde se prestam cuidados direcionados à pessoa em situação crítica, verificou-se que havia a necessidade de intervenção com as suas famílias, pois também estas constituem um alvo de prática de cuidados por parte da equipa de enfermagem.

Assim sendo, decidimos elaborar uma revisão integrativa tendo como principal objetivo: conhecer a evidência existente acerca das Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica.

No serviço de urgência, particularmente na sala de observação, que permite a permanência de curta duração de doentes com necessidade de monitorização contínua e vigilância hemodinâmica, há a possibilidade de um maior contacto com a família das pessoas em situação crítica. Foi possível verificar que, de facto, existe uma necessidade emergente de intervenção por parte da equipa multidisciplinar com estas famílias.

Estas possuem as suas próprias necessidades, que devem ser assistidas por parte dos profissionais, constituindo o contexto social mais importante no planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição do doente (Kinrade, Jackson, & Tomnay, 2009). Logo, esta deve ser vista como uma extensão do próprio doente, que também se revela um alvo de prestação de cuidados.

O internamento numa unidade de pessoas em situação crítica, pode conduzir ao aparecimento de problemas emocionais e psicológicos, não só para o próprio, mas também para a família. Normalmente, esta vivencia momentos dolorosos, de ansiedade, raiva e frustração, com a aproximação do sofrimento do doente, com a rutura do quotidiano familiar, manifestam preocupação com os cuidados que estão a ser prestados, e, inclusive, medo da morte do seu ente querido (Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

Uma aproximação às vivências dos familiares pode ajudar também os enfermeiros a refletirem sobre a importância da realização do acolhimento à família, ao envolvimento da família no cuidado, e a considerarem também a própria família como um foco desse cuidado (Ratti, Pereira, & Centa, 2005).

Num estudo desenvolvido por Fortunatti (2014), a família da pessoa em situação crítica experimenta um conjunto de necessidades relacionadas principalmente com a sua perceção de garantia, proximidade, informação, conforto, apoio e suporte.

Neste estudo, verificou-se que as necessidades da família consideradas mais importantes pela mesma, referem-se à dimensão da garantia e de informação, como por exemplo, obtenção de respostas sinceras e conhecimento do prognóstico do seu familiar, e que as consideradas menos importantes dizem respeito à dimensão de suporte e conforto, como por exemplo, obter informações acerca dos serviços religiosos disponíveis e ter mobiliário confortável na sala de espera (Fortunatti, 2014).

Fortunatti (2014) também refere que, numa equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais mais apropriados para liderar iniciativas com o objetivo de conhecer e satisfazer as necessidades da família da pessoa em situação crítica.

O cuidado centrado na família baseia-se numa abordagem filosófica e a premissa básica desta filosofia é que os doentes fazem parte de um "todo" maior, do qual deve haver consciencialização por parte dos profissionais para ser prestado o melhor cuidado possível. É necessário um envolvimento de toda a equipa para que se possa aplicar esta filosofia do cuidar numa visão holística.

Fornecer cuidados centrados na família significa que reconhecemos a nossa responsabilidade para ajudar a família e o paciente a sobreviver à crise de uma doença (Henneman & Cardin, 2002).

É necessária uma avaliação e intervenção rápida pela equipa, pois a ansiedade pode interferir com a capacidade da família de receber e compreender informações, estimulando um padrão familiar adequado e o recurso a estratégias de coping familiar (Jane, 2002).

Desta forma, a equipa deve desenvolver várias intervenções, nomeadamente (Jane, 2002):

- . Identificar um porta-voz na família e pessoas capazes de fornecer apoio;
- . Estabelecer um contacto primário da equipa de enfermagem com a família;
- . Ser flexível no acesso da família ao paciente: horário flexível, fornecer número direto do serviço;
- . Estabelecer um mecanismo de contacto entre a equipa e a família;
- . Fornecer informação baseada nas necessidades familiares verificadas;
- . Certificar que os serviços de apoio se encontram disponíveis;
- . Explicar procedimentos e utilizar termos compreensíveis;
- . Acolher a família no serviço;
- . Incluir a família na prestação de cuidados ao paciente (se manifestar essa vontade);
- . Incluir a família na planificação e implementação dos cuidados em fim-de-vida;

- . Promover cuidados paliativos e suporte para pacientes em fase de fim de vida e sua família;
- . Promover um ambiente confortável para a família;
- . Atualizar a família em relação à condição do paciente;
- . Referenciar a família para sistemas especializados de apoio familiar.

A essência do cuidar implica perceber o outro tal como ele se apresenta, na sua comunicação verbal e não verbal, nos seus conceitos e limitações. Não basta deixar entrar a família da pessoa em situação crítica nos serviços, é necessário acompanhá-la, preparar esta entrada, questionar acerca da existência de dúvidas, esclarece-las, observar as reações e comportamentos da família, entender as suas emoções, cuidando dos mesmos (Inaba, Silva, & Telles, 2005).

A relação da equipa de enfermagem com a família deve ir para além de fornecer informações sobre o estado da pessoa em situação crítica, ou possibilitar uma visita em horário alternativo. Esta relação deve ser fortalecida através do apoio fornecido, por tempo para esclarecimentos e partilhas das angústias, medos, receios, respeitar silêncios e desabafos, por um sorriso, pelo contato visual, pelo toque, por um tom de voz suave e reconfortante, sem recurso a um discurso banal, sem moralismos, eufemismos enganosos ou falsas expectativas (Mezzaroba, Freitas, & Kochla, 2009). Estas são atitudes que fortalecem a relação equipa-família.

É necessário acompanhar a família neste processo crítico, acolhendo-a, trabalhando com ela, numa perspetiva humanista e holística do cuidar, que se revela a essência de Enfermagem.

3. Conclusão

O curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico. O curso tem a duração de três semestres, integrando uma componente teórica e um estágio com a elaboração do respetivo relatório.

Com a elaboração do presente trabalho, referente ao Módulo I – Serviço de Urgência, considerámos ter atingido o objetivo, inicialmente estabelecido, uma vez que fomos capazes de conhecer a evidência existente acerca das Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica. O presente trabalho culminou com a submissão de um *Abstract*, para participação no 4th *International Health Congress*, organizado pelo Instituto Politécnico de Leiria, para o qual obtivemos uma resposta positiva e de aceitação, com apresentação do mesmo em forma de póster, em maio de 2018. Para além disso, o resumo será publicado numa revista internacional com fator de impacto de 1.61, o que constitui uma janela de oportunidade para transferir conhecimento.

Em suma, as necessidades da família da pessoa em situação crítica têm sido um tema de interesse em diversos estudos, com diversas metodologias, mas todos com um objetivo similar: conhecer as necessidades da família para possibilitar um planeamento de intervenções por parte dos profissionais com o intuito de direcionarem a sua prática de cuidados individualizada e sistematizada às necessidades prementes da família.

Conclui-se que existe ainda muito trabalho a desenvolver por parte dos enfermeiros, na área de intervenção com a família da pessoa em situação crítica e que deveriam ser desenvolvidos mais estudos neste âmbito, de forma a consciencializar e mudar as atitudes dos profissionais, com o intuito de envolver a família como parceira dos cuidados, bem como constituírem um alvo na esfera do cuidar.

Terminada esta etapa de trabalho árduo, considerámos este documento de suma importância, uma vez que nele apresentámos partes integrantes dos nossos Relatórios de Estágio que, esperamos, venha a ser o culminar do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concomitantemente com a discussão pública dos mesmos.

4. Referências Bibliográficas

- Fortunatti, P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm*, 2. doi:10.1590/S0120-53072014000200013
- Freitas, K., Kimura, M., & Ferreira, K. (2007). Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado. *Latino-Americana Enfermagem*, 15 (1).
- Henneman, E., & Cardin, S. (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nurse*, 22.
- Inaba, L., Silva, M., & Telles, S. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, 39.
- Jane, L. (2002). Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*, 22.
- Kinrade, T., Jackson, A., & Tomnay, J. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27.
- Mezzaroba, R., Freitas, V., & Kochla, K. (2009). O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico na Percepção da Família. *Cogitare Enfermagem*, 14.
- Ratti, A., Pereira, M., & Centa, M. (2005). A Relevância da Cultura no Cuidado às Famílias. *Fam. Saúde Desenv*, 7.

Apêndice

Apêndice I

Abstract para participação no 4th International Health Congress – “Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision”

Abstract para participação no 4th International Health Congress
***“Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness:
Integrative Revision”***

Authors: Ana C. R. Monteiro¹; Raquel M. V. Ramos¹; Sílvia P. Coelho²

Affiliations:

1 Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing at the Universidade Católica Portuguesa - Health Sciences Institute, Porto, 4169-005 | Portugal

2 Professor, PhD in Nursing, at the Universidade Católica Portuguesa - Health Sciences Institute, Porto, 4169-005 | Portugal

Background:

The admission of a patient in the critical health unit is usually traumatic for the family, having a major impact on their life, which can result in a moment of crisis, an anxiety enhancer. Fear of death, uncertainty of the future, emotional disturbances, financial worries, changing roles and routines, and the hospital environment are some sources that provide anxiety of a person's family in critical illness (1).

Objective:

To know the existent evidence about the Family Experiences of the Person hospitalized in Situation of Critical Illness.

Methods:

Integrative literature review in the databases CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, Library, Information Science & Technology Abstracts, Medication with MeSH descriptors: "family", "needs assessment" and "critical illness". Were included all English-language articles, available in full text, with abstract and references available, between 2002 and 2017, excluding articles in the pediatrics area.

Results:

In total 7 were selected and analyzed in full 4 articles. From the literature it emerges that the family of the person hospitalized in a critical illness have experiences and needs

consequent of this situation, in which it is necessary an intervention on the part of the professionals to support / to encourage in this traumatic transition of the familiar life (2).

The family has its own needs, and these must be met to effectively manage the situation of instability of the family member. Since the family directly influences the evolution of a person's condition in a critical illness situation, it is important to see the family as the target of care in a holistic view of caring (3).

The main areas of need experienced by the family are: information on the clinical situation, assurance of patient safety, support by health professionals and willingness to be close to the patient (2).

Conclusions:

Health professionals should be aware that the family is also a target in care, and that, in a multidisciplinary team, nurses are the most qualified professionals to plan and develop interventions to meet and respond to the family needs of the person hospitalized in critical illness (4). The team must be able to respond to the identified family needs, through interventions to attenuate and help them to live the moment of hospitalization, making it the least traumatic possible, involving the relatives in the care of the clarification of doubts and to help manage emotions and expectations (3).

References

1. Leske J. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*. 2002, 22 (6): R61-65.
2. Kinrade T, Jackson A, Tomnay J. The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009, 27 (1): R82-88.
3. Henneman E, Cardin S. Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making it Happen. *Critical Care Nurse*. 2002, 22 (6), R12-19.
4. Fortunatti C. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm*. 2014, 32 (2): R306-316.

Keywords: “needs assessment”, “family”, “critical illness”.

Apêndice II

Póster para participação no 4th *International Health Congress* – “*Family Experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision*”

Vivências da Família da Pessoa Internada em Situação de Doença Crítica: Revisão Integrativa

Ana C. R. Monteiro¹; Raquel M. V. Ramos¹; Sílvia P. Coelho²

1. Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto

2. Professora Auxiliar Convidada da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto; Doutorada em Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

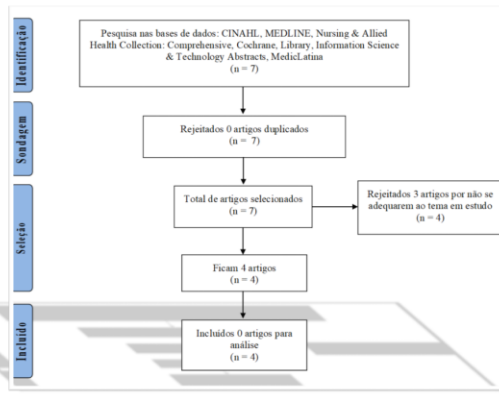
Introdução

A admissão de um paciente numa unidade centrada na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica, revela-se normalmente traumática para a família, tendo um grande impacto na sua vida, podendo resultar num momento de crise, potenciador de ansiedade. O medo da morte, incerteza do futuro, perturbações emocionais, preocupações financeiras, mudanças de papéis e rotinas, e o ambiente hospitalar constituem algumas fontes que proporcionam ansiedade na família da pessoa internada em situação de doença crítica.

Metodologia

Revisão integrativa da literatura nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina com os descritores MeSH: "family", "needs assessment" e "critical illness". Incluíram-se todos os artigos de língua inglesa, existentes em texto integral, com resumo e referências disponíveis, entre o ano de 2002 até 2017, excluindo os artigos da área de pediatria.

No total de 7 foram selecionados e analisados na íntegra 4 artigos, tal como demonstra o seguinte fluxograma PRISMA:



Objetivo

Conhecer a evidência existente acerca das Vivências da Família da Pessoa internada em Situação de Doença Crítica.

Resultados

Da literatura analisada emana que a família da pessoa internada em situação de doença crítica experiencia vivências e necessidades consequentes desta situação, em que é necessária uma intervenção por parte dos profissionais no sentido de apoiar/encorajar nesta fase traumática da vida familiar.

A família possui as suas próprias necessidades, devendo estas serem satisfeitas para que possam gerir eficazmente a situação de instabilidade do seu familiar. Visto que a família influencia diretamente a evolução do estado da pessoa em situação de doença crítica, é importante vê-la também como alvo de prestação de cuidados, numa visão holística do cuidar.

As principais áreas de necessidades experienciadas pela família são: informação sobre a situação clínica, garantia de segurança do paciente, suporte por parte dos profissionais de saúde e vontade de estar perto do paciente.

Como principais **intervenções de enfermagem** direcionadas à família, a evidência analisada destaca:

Identificar um porta-voz na família e pessoas capazes de fornecer apoio	Estabelecer um contato primário da equipa de enfermagem com a família	Ser flexível no acesso da família ao paciente: horário flexível, fornecer número direto do serviço
Estabelecer um mecanismo de contacto entre a equipa e a família	Fornecer informação baseada nas necessidades familiares verificadas	Garantir que os serviços de apoio se encontram disponíveis
Explicar procedimentos utilizando termos compreensíveis	Acolher a família no serviço, mostrando-o	Incluir a família na prestação de cuidados ao paciente (se manifestar essa vontade)
Incluir a família na planificação e implementação dos cuidados em fim-de-vida	Promover cuidados paliativos e suporte para pacientes em fase terminal e sua família	Promover um ambiente confortável para a família
Atualizar a família em relação à condição do paciente	Referenciar a família para sistemas especializados de apoio familiar	

Conclusões

Os profissionais de saúde devem consciencializar-se que a família também constitui um alvo na esfera do cuidar, e que, numa equipa multidisciplinar, os enfermeiros são os profissionais mais capacitados para planear e desenvolver intervenções com o objetivo de conhecer e satisfazer as necessidades da família da pessoa internada em situação de doença crítica. A equipa deve ser capaz de responder às necessidades familiares identificadas, através de intervenções com o intuito de atenuar e auxiliar as mesmas a viverem o momento do internamento, tornando-o o menos traumático possível, envolvendo os familiares nos cuidados com o esclarecimento de dúvidas bem como, ajudarem a gerir as emoções e as expectativas.

Referências Bibliográficas

Leske J. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Critical Care Nurse*. 2002, 22 (6): R61-65.
 Kinrade T, Jackson A, Tomay J. The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009, 27 (1): R82-88.
 Heneman S, Cardin S. Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nurse*. 2002, 22 (6), R12-19.
 Fortunati G. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm*. 2014, 32 (2): R306-316.