



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Pedro Miguel Henriques Batista

Sob orientação da Prof. Georgeana Marques da Gama

Lisboa, Fevereiro de 2011

RESUMO

Este relatório pretende apresentar e descrever parte de um percurso académico, na forma de um mestrado em enfermagem, inserido num percurso profissional enquanto enfermeiro. Com o intuito de desenvolver, adquirir e reconhecer competências, compatíveis com as de um enfermeiro com uma especialidade na área médico-cirúrgica, foi aplicado um projecto em dois campos de estágios subordinados às valências da urgência e cuidados paliativos, respectivamente no Serviço de Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier, e na Unidade de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha. Por haver um sistema de retroacção entre as experiências práticas, também se faz referência aos contributos que a experiência profissional em Unidades de Cuidados Intensivos, onde trabalhei, teve para atingir os objectivos das práticas clínicas, assim como os contributos destas para o meu local de trabalho.

Para organizar e fundamentar o trabalho a desenvolver, foram adoptados quatro temas considerados pertinentes, a saber: dor; a enfermagem e a sua participação nos serviços de saúde; comunicação e tomada de decisão. Sendo assuntos transversais e actuais para a enfermagem, e conseqüentemente para a forma de cuidar as pessoas doentes, foram tratados com ainda mais motivação. Para confirmar e consolidar a sua importância, estes temas foram apresentados num projecto, validados com os coordenadores dos serviços referidos, e posteriormente concretizados em actividades desenvolvidas ao longo das semanas de prática clínica.

Utilizando uma atitude proactiva, reconhecendo situações problema, e investindo na resolução dos mesmos, obtiveram-se resultados que advieram: da participação nos cuidados, na interacção com os colegas do serviço, restantes profissionais e elementos com os quais me cruzei, e acima de tudo, com o contacto com as pessoas doentes e suas famílias. Estas interacções permitiram-me desenvolver um trabalho sólido, coerente e de acordo com o que tinha sido inicialmente planeado e estabelecido no conjunto de objectivos elaborados por mim, os da Universidade e os dos serviços. Passando pela elaboração de documentos de orientação técnica e profissional, normas e procedimentos em formato informático, trabalho de pesquisa teórico vocacionado para a prática e divulgação de cuidados, elaboração de ferramentas facilitadoras de identificação de dor adaptados à população que atende ao serviço. Todas estas experiências valorizaram-me profissionalmente, permitindo alcançar mais uma etapa nos caminhos trilhados enquanto enfermeiro.

Palavras-chave: competências; especialidade médico-cirúrgica; ensino clínico; enfermagem

ABSTRACT

This report has the goal to present and describe part of an academic stage, included as a master degree in nursing, inserted in a larger professional stage in a nursing career. With the main interest of develop, acquire and recognize skills, compatible with the ones determined in a nursing specialization in the medical-surgical area, it was created a project in two major practical care fields: emergency room and palliative care, carried through, respectively, in the Emergency Room at Hospital de S. Francisco Xavier, and in the Palliative Care Unit at Casa de Saúde da Idanha. Because there is a natural feedback between practical experiences, I also do a reference about the contributions of my professional experience at Intensive Care Units, where I'd worked. My experience was a reference for achieving the goals in clinical practice, as those activities had been important for my professional development.

In order to organize and establish a base for my project, it was adopted four major themes. They were subjects of interest, and considered pertinent in nursing, namely: pain; nursing and it participation in health services; communication and decision making. Being transversal and a current concern for nursing, with important implications in the way that people are taken care, those themes were worked with extra. Because this is a joint work between a hospital facilities and University, each one of these subjects were written and presented earlier in a project, validates with each coordinator of the services, and transformed into activities developed throughout the clinical practice weeks.

With a proactive attitude, recognizing problems and solving them, it was obtaining results that emerged from: consequence of the health care provided; the interaction with colleagues and other professional classes and collaborators; and above all, with the contact established with patients and their families. These interactions allowed me to develop a solid, coherent and respectful work that had been planned and established in the objectives designed by me, the University and the clinical internship fields. In this time some of the work was technical and professional orientation guides, introducing digital type guidelines, theoretical research aiming for practical experience and care exposure, elaboration of assessment tools that aloud identification of pain to all the population that uses the emergency room. All those experiences had valorized me professionally, and allowed reaching another stage in my nursing care professional road.

Keywords: Skills, medical-surgical specialty, clinical education, nursing

A todos com os quais me cruzei nesta experiência académica e que contribuíram para enriquecer as minhas competências enquanto enfermeiro

Às pessoas doentes cuja fase em que se encontram permitirem-me perceber as necessidades e cuidados a prestar para aplicar na minha vida profissional

Aos colaboradores directos e indirectos pelo apoio e disponibilidade

Aos enfermeiros do SU, em particular ao Enf.º José Henriques e à Enf.ª Sandra Ponte pela orientação, incentivo e tornar possível a concretização de um projecto de forma construtiva e positiva

Aos enfermeiros da UCP, em particular à Enf.ª Chefe Fátima Oliveira que através da sua liderança e postura permitiu-me sentir o que de melhor se faz em enfermagem

À Prof.ª. Georgeana Marques da Gama pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e pela forma desafiante de promover/reconhecer competências

A vocês, Elsa, Nuno e Joana, pelo tempo e apoio disponibilizado por vós

“Se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.”

Isaac Newton

INDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. ÁREAS TEMÁTICAS DE TRABALHO	15
1.1. DOR	16
1.2. ENFERMAGEM E A SUA PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
1.3. COMUNICAÇÃO	19
1.4. TOMADA DE DECISÃO.....	20
2. CAMPOS DE PRÁTICA CLÍNICA.....	23
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER.....	24
2.1.1. Objectivos delineados	27
2.1.2. Competências desenvolvidas	28
2.1.3. Actividades realizadas.....	29
2.1.3.1. Prestação de Cuidados.....	29
2.1.3.2. Dor.....	32
2.1.3.3. Via Verde Sépsis.....	34
2.1.3.4. Guias de Orientação.....	35
2.1.4. Avaliação global	37
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS NA CASA DE SAÚDE DA IDANHA	38
2.2.1. Objectivos delineados	41
2.2.2. Competências desenvolvidas	42
2.2.3. Actividades realizadas.....	43
2.2.3.1. Prestação de Cuidados.....	44
2.2.3.2. Comunicação de Más Notícias.....	47
2.2.3.3. Decisão.....	48
2.2.3.4. Esclerose Lateral Amiotrófica.....	51
2.2.4. Avaliação global	53
3. CUIDADOS INTENSIVOS.....	55
4. CONCLUSÃO.....	59
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ANEXOS	66
ANEXO I - Cronograma referente ao planeamento das práticas clínicas e elaboração do relatório.....	67
ANEXO II - Cronograma para o Módulo I Estágio no SU do HSFX	69
ANEXO III - Reflexões sobre as práticas vividas em sectores do SU do HSFX	71
ANEXO IV - Reflexão final de estágio do SU no HSFX.....	88
ANEXO V - Excerto e organização de documento de apoio à decisão para o estágio no SU do HSFX.....	97
ANEXO VI - Grelha de observação para a utilização de escalas não verbais na dor no SU do HSFX.....	99
ANEXO VII - Norma para avaliação de dor no SU do HSFX.....	103
ANEXO VIII - Ferramenta criada como auxiliar para avaliação de dor no SU do HSFX.....	111
ANEXO IX - Artigo de divulgação subordinado ao tema “Avaliação de dor (não verbal) em serviços de urgência”	116
ANEXO X - Cartaz elaborado para a implementação do projecto VVS no SU do HSFX.....	129
ANEXO XI - Pontos principais focados no curso sobre VVS.....	131
ANEXO XII - Orientações elaboradas sobre intoxicações medicamentosas e por organofosforados para o SU do HSFX	135
ANEXO XIII - Cronograma para o Módulo III Estágio na UCPSBM na CSI	153
ANEXO XIV - Excerto e organização de documento de apoio à decisão para o estágio na UCPSBM na CSI	155
ANEXO XV - Reflexões sobre os quatro pilares dos Cuidados Paliativos	157
ANEXO XVI - Reflexão final de estágio na UCPSBM na CSI	176
ANEXO XVII - Abordagem na Comunicação de Más Notícias (Apêndice incorporado no Guia de Orientação - Pessoas Doentes com ELA).....	184
ANEXO XVIII - 3 PII elaborados durante o estágio na UCPSBM na CSI.....	192
ANEXO XIX - Resumo das Reuniões Interdisciplinares assistidas na UCPSBM na CSI.....	202
ANEXO XX - Abordagem à Decisão em Cuidados Paliativos (Apêndice incorporado no Guia de Orientação - Pessoas Doentes com ELA).....	215
ANEXO XXI - Artigo de divulgação subordinado ao tema “Tomada de decisão intensiva e paliativa: Semelhanças e diferenças nestas unidades de cuidados”.....	223

ANEXO XXII - Apresentação do tema “VMNI em Pessoas Doentes com ELA”	233
ANEXO XXIII - Guia de orientação para pessoas doentes com ELA.....	241
ANEXO XXIV - Folheto informativo para pessoas com ELA referentes a VMNI.....	286

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AO – Assistente Operacional
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CSI – Casa de Saúde da Idanha
- CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
- DL – Decreto-Lei
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- Dr. – Doutor
- DSE – Direcção dos Serviços de Enfermagem
- ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
- Enf.^a – Enfermeira
- Enf.^o – Enfermeiro
- HEM – Hospital de Egas Moniz
- HSC – Hospital Sta. Cruz
- HSFX – Hospital de S. Francisco Xavier
- IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
- Nº - Número
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea
- PII – Plano Individual de Intervenções
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SO – Sala de Observação
- SOFA – Sepsis-related Organ Failure Assessment (Avaliação de Falência de Órgão relacionada com Sépsis)
- SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- Sta. – Santa
- SU – Serviço de Urgência
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
- UCPSBM – Unidade de Cuidados Paliativos de S. Bento Menni
- VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva
- VVS – Via Verde Sépsis

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Entrada para o SU do HSFX.....	25
Ilustração 2 – Áreas de incidência e referência do SU do HSFX	25
Ilustração 3 – Entrada para a UCPSBM da CSI.....	40
Ilustração 4 – Organograma da RNCCI (UMCCI, 2010).....	40

0. INTRODUÇÃO

A realização de um mestrado de características profissionalizantes, como esta especialidade, implica que relate de forma objectiva o percurso realizado neste curso com particular incidência na componente prática dos estágios. Após um período teórico, onde adquiri conhecimentos e delineei estratégias úteis para aplicar na prática, chega a altura de enfrentar o desafio de um estágio inserido em campos profissionais. Neste contexto, pretendo utilizar: o conjunto de competências adquiridas a nível teórico; as competências práticas definida em objectivos de curso; as competências que existem e foram previamente alcançadas ao longo de anos de profissão, e que necessitavam de ser estruturadas e enaltecidas. No fundo exige-se uma interligação entre todas estas competências para modelar um profissional que irá enfrentar novos desafios existentes numa área tão vasta e rica como a médico-cirúrgica.

Está descrito que a um enfermeiro especialista, deve ser-lhe reconhecidas “(...) *competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de sua especialidade*”, de acordo com o relatado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (DL n.º 161/96 de 4 de Setembro). Considero que parte dessas competências estavam adormecidas, e que este mestrado foi fundamental para desenvolver estratégias que me permitiram consolidar temas e abrir horizontes para, numa primeira instância, prestar cuidados à pessoa doente de forma mais focada para problemas que não são muito evidentes, e simultaneamente enaltecer a profissão de enfermagem na área da saúde e das ciências.

Este curso é dividido em três semestres. O primeiro caracteriza-se por uma componente total de sessões teóricas sobre diversas matérias que contribuem para ampliar perspectivas profissionais sobre temas como: ética, gestão, formação, e assuntos relacionados com temas do foro de enfermagem e relacional. Comum a todas estas matérias foi a inclusão de uma envolvente humana utilizando e sedimentando o elemento de metodologia científica na enfermagem. A importância deste semestre evidencia-se pelo facto de tornar perceptível muito do trabalho que realizamos diariamente, de forma natural, ao qual não damos a devida relevância. Para esta percepção tornou-se fundamental a partilha de experiências e conhecimentos entre todos os envolvidos nas sessões teóricas.

O semestre intermédio é repartido numa fase teórica e prática. A primeira é direccionada para os conhecimentos basilares da prática médico-cirúrgica de enfermagem com ênfase em temas de cuidados a prestar a pessoas que necessitem de assistência urgente/emergente, de cuidados intensivos, em bloco operatório e geriátricos. Nestas semanas permitiu-se perspectivar e aprofundar temas importantes para a vida profissional e simultaneamente académica, visualizando possíveis actuações nos campos práticos dos

estágios. Embora houvesse necessariamente uma ênfase mais tecnicista, a introdução dos aspectos humanos do cuidar, permitiu desfazer o mito de que as práticas de enfermagem podem ser mecanizadas e viradas exclusivamente para a tecnologia.

Terminado este período teórico, todo o restante tempo do curso cingiu-se aos estágios a realizar, havendo duas vertentes obrigatórias (cuidados intensivos e urgência), e uma área de opção baseada em objectivos do curso de especialidade, e no meu caso, do interesse que pode contribuir para a vida profissional, recaindo a escolha na área dos cuidados paliativos.

Sobre a área dos cuidados intensivos foi aceite uma creditação ao estágio, derivada da experiência e actividade profissional exercida nesta valência. A sua fundamentação foi aceite através de uma exposição onde denotei a experiência partilhada e do trabalho desenvolvido em âmbitos técnicos, de gestão e de envolvimento da equipa de enfermagem num trabalho direccionado para a pessoa doente e sua família. Ao longo deste tempo, sinto a evolução natural de uma prática vocacionada para o domínio da teoria e dos problemas fisiopatológicos das pessoas, para questões que decorrem da necessidade de mudar e atender toda uma dinâmica consequente a um internamento que mobiliza um conjunto de intervenientes em torno de uma pessoa que se depara com uma situação crítica, muitas vezes imprevista, e que procuram um porto seguro nos profissionais que trabalham nessa área. Os cuidados intensivos são motivadores para o meu percurso profissional pois sempre me atraíram pela sua conjuntura global, e esta aposta não foi perdida.

Querendo continuar a estar envolvido em cuidados intensivos, pretendi explorar outras valências que me permitiriam perceber o que sucede antes de admitir pessoas no meu serviço, optando por conhecer a realidade de um serviço de urgência. A escolha para esta prática clínica recaiu sobre o SU do HSFX, essencialmente por pertencer ao centro hospitalar onde trabalho (CHLO), assim como estabelecer uma ligação entre dois serviços que tem preocupações comuns e interacções frequentes, visto que cerca de 20% das pessoas internadas na UCIP do HEM tem origem no SU do HSFX (UCIP, 2010).

Apesar de ser um estágio obrigatório, encarei-o como um desafio aliciante, visto não ser uma área que me despertasse um interesse especial. Tive a oportunidade de desmistificar conceitos e ideias preconcebidas, criadas ao longo de anos de profissão. Utilizando estes mesmos anos de experiência, pude sentir as necessidades e conjunturas de um SU, estabelecendo pontes de semelhanças existentes entre este e as UCI. Em contrapartida consegui fazer valer uma informação adequada aos colegas acerca da realidade das UCI, num gesto recíproco de formação, visto que parte a parte as ideias de que é uma UCI também são algo mitificadas e não condicentes com a realidade.

Conhecendo e compreendendo o que sucede antes da admissão em cuidados intensivos, optei num segundo estágio aprofundar e perceber as intervenções possíveis, com as quais me deparo, em situações de necessidade de cuidados, onde as opções terapêuticas de cura são diminutas ou inexistentes, e requer-se algo mais por parte dos enfermeiros, com o objectivo de fortalecer o espaço humano em situações de fim de vida. A escolha de estagiar numa Unidade de Cuidados Paliativos foi a decisão correcta. Desta feita a instituição escolhida

foi a UCPSBM da CSI, local onde pude presenciar a forma modelar e concordante com as minhas pesquisas, os cuidados aí exercidos.

Parti para esta experiência com uma concepção de similitudes entre esta área e os cuidados intensivos, embora fossem considerados pólos opostos pelos atributos ajuizados de “tecnicismo vs humanismo”. Na verdade, ambas atendem situações complicadas de gerir do ponto de vista das relações e das decisões a tomar. Mas nestas situações que temos a força de estaremos preparados para exercer o conteúdo basilar em enfermagem que é o de cuidar as pessoas numa fase da vida que se encontra perto da morte, cuidados estes que se estendem para além desta. Apesar das eventuais diferenças técnicas que existem, a enfermagem sempre cuidou, e este cuidar é dirigido para as pessoas. Não podia deixar de aproveitar esta oportunidade de exercer alguns meses nesta área de cuidados paliativos e comprovar as minhas suspeitas de existência de pontes de ligação comuns.

Foi um percurso teórico e prático longo, interessante e desafiador. Para fazer sentido a todo este trajecto realizado, tem de ser documentado e apresentado: um relato das acções realizadas nos estágios; o encontro de situações que promoveram mais debate e acções; os trabalhos inicialmente idealizados, projectados e realizados; os factores positivos e negativos que foram identificados e outros factores relevantes. Desta forma determino como objectivo principal deste relatório: a descrição de forma objectiva e evidente da unidade curricular correspondente aos estágios I, II e III por forma descrever, justificar e documentar o decurso dessas práticas clínicas, conforme apresentado num cronograma elaborado para organizar o projecto, os estágios e a elaboração do relatório (ANEXO I).

Após esta introdução que contextualizo e descrevo a natureza deste relatório e a sua estrutura, apresento um capítulo onde, sumariamente, os principais temas que pretendi abordar nos estágios e que foram transversais a estes. A apresentação e descrição dos estágios seguem num segundo capítulo que se divide em dois módulos onde relato o estágio I realizado no SU do HSF, e posteriormente a descrição do estágio realizado em cuidados paliativos na CSI. Num terceiro capítulo pretendo justificar o porque de uma creditação ao estágio de cuidados intensivos. Cada módulo terá uma introdução ao estágio quanto ao tipo de cuidados prestados nestas áreas, uma breve descrição dos serviços, a explanação dos objectivos dos estágios, as actividades projectadas e realizadas e a sua avaliação. Termina este relatório com uma conclusão reflexiva e critica acerca desta experiência clínica com algumas sugestões para a prática de enfermagem.

1. ÁREAS TEMÁTICAS DE TRABALHO

Numa fase antecipatória aos estágios e decorrente da equivalência na área de cuidados intensivos, foi pedido um projecto que servisse de guia de orientação para o decurso desta parte prática da especialidade. Baseando-me num dos conceitos de projecto, definido por BARBIER (1993, p. 57), onde este é “... a combinação dos meios que permitam atingir o objectivo final fixado. É utilizado como sinónimo de processo a utilizar, de processo a pôr em prática, da acção a desenvolver, de sequência de actividades a realizar”, delinieie os pilares do que pretendia para a minha experiência no terreno.

Senti que no início seria um pouco difícil a sua elaboração. Desconhecendo os serviços e as condições que iria encontrar, limitei-me a criar um conjunto de temas e ideias, acompanhados de acções, em torno de áreas teóricas referenciadas em sala de aula e complementadas com pesquisa bibliográfica direccionada. Na reunião com coordenadores e gestores desses serviços, consegui aferir alguns pontos e ideias preconcebidas. Estes foram pessoas interessadas nas propostas, e moldando às suas necessidades, houve uma intersecção de pontos comuns para desenvolvimento do projecto. Embora assinale que nesta fase ainda exista muita concentração teórica em torno do que se pretende desenvolver, também, é certo que estas reuniões permitiram evitar uma dispersão muito grande por temas e ideias, bastando o que surge em contexto real durante o estágio ao qual nos vemos na necessidade de nos entregarmos um pouco mais a áreas que vamos conhecendo e moldar o que inicialmente pretendíamos.

Deste trabalho prévio aos estágios surgiu um grande objectivo, que pretendia abarcar as áreas de interesse descobertas e que seriam comuns à prática profissional nos cuidados intensivos, mas que poderiam contribuir numa relação de dois sentidos com as áreas da urgência e cuidados paliativos. Assim o objectivo foi:

“Conhecer e desenvolver aspectos teóricos e práticos relacionados com os cuidados a pessoa no âmbito médico-cirúrgico, nomeadamente nas vertentes temáticas da dor, metodologia de trabalho na prestação de cuidados de enfermagem nos serviços, tomada de decisão e comunicação. Pretende-se obter e realizar cuidados de excelência e com qualidade exigida, através da mobilização de conhecimentos, observação do funcionamento dos serviços e assimilando experiências de enfermeiros e outros profissionais de saúde que exerçam nos serviços designados, através de um conjunto de acções/actividades avaliadas segundo os seus contextos.”

Com o sentido de poder potenciar e desenvolver estes conteúdos, estabeleci mais: objectivos, linhas orientadoras, actividades e respectiva avaliação atendendo as competências a desenvolver enquanto enfermeiros especialista sempre com o intuito de promover os melhores cuidados à pessoa doente do foro médico-cirúrgico. Na altura foi o trabalho que surgiu e que considera antecipadamente como muito bom atendendo às acções realizadas e conhecimentos mobilizados. Para melhor se entender o que foi realizado em estágio segue-se uma breve descrição e justificação da escolha de cada um dos temas.

1.1. DOR

A dor é o sintoma mais comum em queixas e aquele também mais subjectivo. Por esta razão a sua identificação é uma das preocupações que os profissionais de saúde têm, para garantir uma maior qualidade de vida às pessoas em necessidade de cuidados. Enquanto enfermeiros que dedicam grande parte do tempo da sua actividade profissional com estas pessoas, deve-se ter em consideração mecanismos que permitam dissipar dúvidas relativamente há presença deste sinal (KAZANOWSKI e LACCETTI, 2005). Não é por acaso que as entidades reguladoras e decisoras dos profissionais de saúde, e especificamente da enfermagem, demonstraram importância ao criarem o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001), através da elaboração de uma circular normativa da DGS sobre a avaliação da dor como 5º sinal vital (DGS, 2003), assim como por directivas da Ordem dos Enfermeiros (2008) confirmando a exigência de uma avaliação cuidada e permanente, ao ser considerado um sinal vital e diga-se justamente, pela sua importância e pertinência nos cuidados a prestar.

A inclusão deste tema deriva de uma continuidade de trabalho existente na vertente profissional e da necessidade de aprofundar este tema generalizando a dor não só como uma componente física e com necessidade de torná-la mais objectiva mas também perceber o sentido de uma dor global/total onde a pessoa internada e seus familiares sofrem com aspectos decorrentes do facto do internamento ser uma descontinuidade na sua vida e provocar alterações não só físicas, mas psicológicas, sociais e espirituais.

Aproveitando as oportunidades de formação, pude aprofundar e intervir na dor física e sua identificação no contexto do SU e aperceber e lidar com a dor total em situação de cuidados paliativos. No primeiro caso adquiri e utilizei conhecimentos baseados em escalas de diversos autores e aplicados a situações distintas desde a pediatria à geriatria. Existem recursos diversos que permitem entrelaçar os sinais obtidos como por exemplo escalas de comportamento de adultos ou escalas de informação não verbal para pessoas que não verbalizam como crianças ou com alterações do padrão de consciência (KAZANOWSKI e LACCETTI, 2005). A sua aplicação teve de ser adequada aos meios existentes no serviço assim como as necessidades sentidas por mim enquanto observador atento e aos colegas que trabalham no serviço.

Sobre a dor em cuidados paliativos, a oportunidade de lidar com a dor física abriu novas perspectivas terapêuticas de actuar, quer a nível farmacológico quer com terapias complementares. A utilização de uma panóplia alargada de fármacos e formas de administração de fármacos para controlar a sintomatologia da dor foi um acréscimo aos métodos e conhecimentos que tinha. Mais ainda foi considerar a questão da dor total, cruzando-me de forma sucinta mas interessante com os trabalhos ou artigos que referiam Cecily Saunders, e que permitiram ir procurar cuidados para as preocupações, por vezes ocultas, mas que são de maior importância para a pessoa doente, com a agravante que a sua resolução não passa com a administração de fármacos, requerendo um acompanhamento maior e moroso para perceber todas as nuances que estão a provocar aquela dor.

Agir para diminuir a dor, nem que seja um pouco. Este foi o objectivo principal ao implementar acções e perceber as implicações que decorrem de agir na dor. Sempre me cruzei com a dor ao longo dos anos de profissão e as minhas intervenções são cada vez mais alargadas para fazer esta diminuir. Uma das contribuições para entender e trabalhar estas questões foi a confirmação de que todos os factores existentes que rodeiam o indivíduo contribuem para o seu bem-estar e é sobre esses sistemas que devemos intervir, identificando os *stressores* que provocam a dor alterar a fronteira das linhas de defesa de uma pessoa, isto de acordo com o modelo conceptual dos sistemas elaborado por Betty Neuman (ALLIGOOD e TOMEY, 2004), com o acréscimo de que com este modelo também podemos intervir, não só com a pessoa doente, mas com a família e grupo de pessoas como profissionais de saúde (como por exemplo nos cuidados paliativos).

Sem dúvida que esta forma de aprofundar conhecimentos, intervir com as pessoas, discutir com os colegas e restantes profissionais permitiu dar mais um passo para prestar cuidados às pessoas e a todos os demais que sofrem. A inclusão de ferramentas dirigida para clarificar a presença de dor, a publicação de artigos e aplicação de escalas são alguns dos meios utilizados e a utilizar, para que se consiga implementar e infiltrar de forma natural a identificação, implementação e avaliação de mecanismos para controlo da dor e tornar a sua erradicação mais rápida e naturalmente possível.

1.2. ENFERMAGEM E A SUA PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Achei importante conhecer a participação da enfermagem no contexto dos serviços de saúde. Atendendo às suas características enquanto grupo profissional com um corpo de conhecimentos científicos próprios e a sua adequação ao serviço de saúde num aspecto participativo com os outros profissionais, assim com as condições físicas, humanas e materiais existente. No fundo pretendi identificar e saber como se pode intervir no processo de melhorar as condições de trabalho num serviço, melhorar as relações e participações em grupos de

trabalho com outros profissionais na área da saúde e identificar qual a posição do grupo de enfermeiros, de acordo com a posição de actuação perante a pessoa doente.

Unindo a necessidade de otimizar os recursos humanos e mobilizar de forma eficiente os conhecimentos necessários para a sua eficácia, emerge a identificação de uma metodologia/filosofia de trabalho e a apropriação de conceitos como a diferenciação entre enfermagem avançada ou enfermagem de prática avançada e as metodologias de trabalho (BALTAR, 1995). Entender a linguagem e postura com que se deve abordar o grupo de trabalho, perceber as necessidades que este sente e manifesta de forma mais ou menos evidente são competências que pretendi aprofundar no sentido de as poder mobilizar durante a realização de acções na prática clínica, mas também conseguir futuramente aplicar na UCIP.

Para uma optimização de diversos níveis de funcionamento e de excelência de cuidados prestados, é necessário perceber e motivar de forma objectiva as preferências do serviço e dos seus elementos. Um dos conceitos debatidos durante as aulas teóricas foi a existência de uma “divisão” onde o conceito de *primary nursing* poderá ser entendido, ou como uma adequação mais técnica e fisiopatológica das necessidades das pessoas doentes, numa perspectiva de enfermagem de prática avançada, ou colher o melhor existente nos serviços para uma vertente completa e global das necessidades das pessoas numa perspectiva de enfermagem avançada. Qualquer dos casos obtêm-se uma melhoria da qualidade de atendimento aos doentes e aumentando o grau de satisfação necessário e desejável para os profissionais de enfermagem, apenas necessita de ser identificado qual o modelo mais adequado e se tem cabimento no serviço em questão (SILVA, 2007).

Esta pesquisa permitiu-me perceber as perspectivas existentes no mundo profissional em que vivemos e compreender a existência de diversas perspectivas que, bem utilizadas, podem fazer a diferença entre tornar um serviço dirigido para a sua missão e objectivos sem grandes desvios e com os colegas motivados para o que se pretende. No caso do SU a identificação dos recursos e da forma de agir dos colegas permitiu realizar intervenções que foram ao encontro de melhorar o atendimento ao utente de uma forma mais rápida (exigida pelo acção da urgência), com vista à qualidade. Nos cuidados paliativos as intervenções foram ao encontro de uma forma de agir mais concertada com a enfermagem avançada numa perspectiva de um conhecimento global da pessoa doente/família e de toda a sua envolvente.

Esta promoção de estratégias que optimizem os atendimentos às pessoas por parte dos enfermeiros acaba por ser influenciador na forma como também permite ao enfermeiro especialista supervisionar os seus colegas. O exemplo de contribuir com documentos que estabeleçam protocolos e que facilitem o processo de decisão são meios que permitem ao enfermeiro sedimentar a sua situação enquanto prestador de cuidados, na definição que melhor o descreve de acordo com a filosofia desenvolvida por BENNER (2005), e simultaneamente permite ao enfermeiro com menos prática na área que se vê envolvido em percorrer esse percurso desde, pelo menos, iniciado.

Para uma situação de ensino ou integração, a existência de material facilita esse processo de supervisão e permite uma maior concentração dos profissionais na pessoa e

assim desenvolver um acompanhamento de personalização dos cuidados mais personalizado independentemente do modelo de trabalho usado. Não quer com isto dizer que um modelo ou metodologia está mais correcto que o outro. Ambos são válidos para as realidades que assisti e vivi. Seja como for não teria tempo e veleidade de mudar a forma de agir de um serviço em dois meses ainda com o acréscimo de que, apesar de bem recebido e muito bem integrado na equipa, seria sempre um aluno de passagem. Os trabalhos e acções realizados foram adequados à realidade encontrada e aos recursos existente e tanto quanto me apercebi foram bem aceites por todos. Resta-me crer que esses foram sementes lançadas e que além de terem dado frutos durante esses dois meses possam também ser aproveitados por colegas que queiram desenvolver os trabalhos nos serviços ou por outros colegas de cursos que lá façam as suas práticas clínicas.

1.3. COMUNICAÇÃO

O facto de funcionarmos enquanto elementos numa equipa de maior ou menor dimensão, e sendo pessoas a nossa “matéria-prima” de cuidados, a comunicação é algo que implicitamente terá de ser abordado numa questão de desenvolvimento ou aperfeiçoamento enquanto enfermeiro. O factor “comunicação” é transversal aos cuidados pela sua existência desde: o silêncio até à informação; da presença ou ausência de contacto; de forma audível ou visual; a abrangência que sobressai do contacto entre colegas, entre profissionais e entre estes e as pessoas doentes faz a diferença entre uma continuidade de cuidados indicados ou a necessidade de reequacionar o que está a ser realizado.

A necessidade de realizar, durante o estágio, um momento em que se desse uma ênfase à comunicação deriva de cada vez mais pretender adoptar mecanismos de crescimento perante situações que diariamente ocorrem nos serviços de saúde. Se forem bem geridos e suportados, permite com que facilite o entendimento e trabalho em equipa, diminuindo o ruído entre profissionais, objectivando os recursos resultantes de uma comunicação para o bem-estar da pessoa; assim como na relação entre os enfermeiros e as pessoas doentes/famílias permite usar a comunicação como uma ferramenta terapêutica para direccionar cuidados e ela própria cuidar dessas pessoas.

A presença enquanto aluno de uma especialidade, com experiência profissional tem o ónus de tornar um estágio mais interessante pelo duplo papel de enfermeiro e aluno de enfermagem. Por um lado estamos numa situação de desconhecimento perante um grupo de pessoas que se conhece pelo menos superficialmente ao qual se junta um elemento estranho. Os supervisores clínicos são determinante para facilitar a inclusão nesse grupo e felizmente tive uma óptima orientação nesse sentido pois consegui, com a minha postura própria adicionada à integração, de poder participar em momentos de discussão profissional atendendo à minha experiência em cuidados intensivos. Apesar de eu considerar esta situação

como natural, tive receio de haver situações de afastamento pelo facto de estar na posição de aluno pela forma por vezes rígida que alguns elementos assumem os papéis adoptados como actores intervenientes numa relação de cuidar.

Ultrapassada esta barreira entre profissionais de saúde incidi os mecanismos de comunicação para com as pessoas doentes. Senti o desafio de ter de criar momentos de partilha rápidos, parecendo-me pontuais, devido ao ritmo que sectores do SU (como os balcões) possuem. Surgiram apelos legítimos, desencadeados pela ansiedade de um internamento inesperado e do que advinha daí. A experiência adquirida foi uma mais-valia que me permitiu lidar com as situações de forma ponderada e com sucesso, apenas dificultado com algumas questões relacionados com o papel de informar, derivadas de aspectos burocráticos e de acompanhamento pelo serviço aos quais só como tempo interiorizamos.

Nos cuidados paliativos pude explorar uma vertente nobre de comunicação com as pessoas doentes e seus familiares no papel de lidar com as chamadas más notícias. Para atingir este objectivo, valeu a integração numa equipa preparada para estas situações ao qual se juntou um estudo teórico necessário, baseado em trabalhos realizados nesta área, salientando o de Robert Buckman. A utilização do protocolo S-P-I-K-E-S (BUCKMAN, 2005) facilita a estruturação de formas de lidar com más notícias que anteriormente não estavam tão bem organizadas. Este processo de perceber o que já fazíamos e melhorar foi essencial para desenvolver competências que estavam presentes e que não foram por vezes valorizadas ao longo do meu percurso profissional, o que por si justifica a participação numa formação com as características deste mestrado profissionalizante.

No final, consegui integrar o processo de comunicação como algo não tão espontâneo, mas natural. Ponderar todos os aspectos relacionados com o que se pretende transmitir (e como o fazer) e saber filtrar as informações recebidas, são tarefas complexas que, no limite, condicionam a relação e os cuidados entre os profissionais e as pessoas que cuidam, bem como quem os acompanha no processo de doença como os seus familiares ou pessoas significativas. Sinto uma maior preparação para enfrentar estas situações, que nunca deixam de ser difíceis, mas que podemos moderar e minimizar os seus efeitos com uma preparação prévia da comunicação (dentro das nossas capacidades), tal como vem descrito na literatura indo ao encontro da nossa satisfação profissional e cumprindo o dever de realizar uma comunicação correcta e planeada de acordo com o estipulado nos estatutos da OE (OE, 2002; NATIONAL CONSENSUS PROJECT, 2009).

1.4. TOMADA DE DECISÃO

O processo de tomada de decisão foi um dos aspectos que sempre me suscitou interesse precisamente pelas implicações directas que este acto tem na produção e continuidade dos cuidados de saúde prestados. Em contexto clínico é imprescindível que esta

ferramenta seja utilizada em concordância com os actores envolvidos e que não seja maioritariamente assumida por profissionais de saúde sem o envolvimento de todos os interessados. Se o peso de uma decisão pode ser partilhado, certamente haverá uma maior serenidade, embora por vezes não se queira assumir tal ónus de responsabilidade, sendo mais confortável uma permanência em segundo plano (BATISTA, 2007).

Devemos ter presente que um eventual desnível na tomada de decisão pode igualmente desnivelar os critérios e as opiniões formadas para essa decisão. Para normalizar esses factores deve-se recorrer a uma procura de informação, a transmissão oral e escrita, e os novos apoios informáticos de registo. Estas novas ferramentas permitem e auxiliam um planeamento de acções de enfermagem para os quais um contributo de ideias exteriores formalizados em contexto académico e complementados com uma visão específica de outras áreas de cuidados podem ser influenciadores de novos recursos e novas formas de visão acerca de um problema existente e para o qual as soluções seriam limitadas.

Vindo de uma área maioritariamente tecnicista, onde se produzem decisões mediante resultados, pareceu-me ser uma boa aposta a percepção de necessidades organizacionais e instrumentais para apoiar a decisão e fazer com que o corpo profissional de enfermagem tenha um papel mais activo no fornecimento de informações e evidência que contribuam para o processo de cuidar da pessoa atendendo à participação desta no seu projecto de saúde, tornando-o visível e mais participativo por parte delas. Observei que o processo de decisão necessita de ser mais directivo num ambiente de SU pois as pessoas procuram esse apoio por parte dos profissionais. Há uma necessidade de dependência que se manifesta pela postura das pessoas doentes e que se torna menor e mais humanizada com a presença de familiares, confirmando que há um papel necessário de acompanhamento em caso de patologias.

Noutro ambiente presenciei uma parceria saudável e, inicialmente, estranha pelo nivelamento de posições hierárquicas, ou seja, apesar de formalmente haver categorias e profissionais com papel assumidos nos cuidados de saúde em termos de decisão, esse *status* não era notado. Na palição tem de haver uma dinâmica de grupos que permita a emissão de opiniões sem restrições, de forma livre e que seja trabalhada para posteriormente haver um novo processo de comunicação/decisão adaptado para a pessoa doente/família. Apesar de ser feito de modo natural fiquei com muito boa impressão desta forma de envolvimento profissional e com bastante vontade de poder adaptar à minha realidade profissional.

Esta possibilidade das pessoas serem elas próprias geradoras e indicadoras dos cuidados necessários adequa-se a um conceito de autoconhecimento, um exercício que deve ser realizado de modo a perceber quais os cuidados necessários e que precisam de ser realizados para que haja um bem-estar para a pessoa doente. Os conceitos delineados por Dorothea Orem (ALLIGOOD e TOMEY, 2004) são uma boa base para este processo, embora considere que estão muito restritos a aspectos fisiológicos, não deixam de antever a necessidade de equilíbrio e alcance de uma realidade da pessoa doente que necessita de alcançar um patamar o mais próximo do que era antes de se conhecer doente ou a adaptação à nova situação clínica.

Penso que a minha participação foi uma visão fresca sobre assuntos aos quais colaborei e trabalhei no intuito de melhorar os cuidados prestados e de deixar material para futuras decisões. A utilização de informação pode ser adequada e actualizada de acordo com as experiências heterogéneas de cada profissional que, transportando esses conhecimentos de um lado para outro, com base em evidências científicas pode levar a cuidados de excelência mas segundo CARNEIRO (2005) e CRAIG (2004) ainda falta consensualidade neste mecanismo para apoio à decisão. Com maior ou menor desvio, as acções planeadas e as competências atingidas tornaram estes quatro temas atrás referidos, servindo de base para o planeamento de objectivos, estratégias, acções/actividades e posterior avaliação nos diferentes campos de estágio. Este percurso é apresentado de seguida, numa abordagem descritiva e crítica das competências e actividades lá desenvolvidas.

2. CAMPOS DE PRÁTICA CLÍNICA

A essência de uma prática clínica é que tenhamos contacto com uma realidade para a qual estamos preparados teoricamente, mas que ainda é necessário viver e interagir com esse ambiente. Durante a permanência nos estágios realizados no SU e na UCP pude constatar o que de melhor se faz nestas áreas e discutir de forma construtiva o que poderia ser melhorado. A observação da forma como se vive nesses serviços, como se atende e cuida das pessoas em fases difíceis da sua vida, assim como compreender e conhecer as dinâmicas como, em enfermagem, interagimos com os outros profissionais e a organização dos serviços, confirmam o papel essencial que estas práticas clínicas desempenham na formação profissional e académica dos enfermeiros. Uma importância por vezes pouco valorizada por nós mesmos.

Para a promoção de um percurso objectivo e coerente, baseei-me nos temas atrás referidos, tendo como intuito adquirir competências profissionais em enfermagem. Sob a orientação de enfermeiros peritos nas áreas práticas pude constatar a importância de uma supervisão cuidada e voluntária. Estes enfermeiros com quem contactei de forma mais directa são pilares que permitem observar e desenvolver competências numa área que será determinante para as especialidades futuras na orientação de alunos e o alcance dos seus objectivos. Esta apresentação permitiu-me entrar num serviço enquanto aluno, embora com experiência profissional, o que por vezes levantou alguns conflitos entre a separação destes papéis. A este desfasamento natural acresceu-se um sentimento de ansiedade, no início de cada estágio, pelo desconhecimento da realidade que iria enfrentar, pois eram áreas com as quais tenho contacto pontual mas que são funcionalmente distantes da minha realidade profissional. Ou assim pensava eu.

Para a realização do estágio sobre urgência a escolha recaiu pelo HSF, sendo um serviço de referência nesta área e um dos mais dinâmicos e movimentados de Lisboa. Para esta escolha tive alguns factores como: proximidade geográfica; condições de trabalho; ser ambientes com características conhecidos por pertencer ao mesmo centro hospitalar ao qual trabalho, assim como pela notoriedade do que se cuida neste serviço. Desta forma a opção recaiu por um hospital que me é próximo, mas curiosamente desconhecido. Ao exercer com aluno de enfermagem durante 2 meses quis aprofundar o conhecimento desta unidade e encontrar laços de convergência entre o que se faz lá e no meu serviço.

A escolha do campo de estágio de opção foi proporcionalmente mais fácil de escolher. Sem ter referências acerca de unidades de cuidados paliativos que me direccionassem para determinado sítio, optei pela unidade da CSI. Foi através de uma conversa com uma colega que trabalhou nesta área que surgiu o interesse de conhecer a instituição alocada na CSI, pelo grupo de trabalho que lá realizam os cuidados às pessoas e famílias que se encontram numa

situação extrema de necessidade de assistência profissional de enfermagem e outros profissionais da saúde e de voluntários que aí cooperam.

Antecipando uma avaliação global, só posso ter uma opinião positiva após ter vivido estas duas experiências. Ultrapassando a ansiedade inicial, dissipada rapidamente nos primeiros dias de actividade, verifiquei a superação de um dos aspectos que me torna muitas vezes susceptível à mudança. Estas apreensões são ameaças a um desempenho profissional mais concentrado, e apesar de existirem de forma saudável, sei actualmente que as ultrapasso cada vez com mais facilidade e considero encarar este desafio de enfrentar situações e realidades novas como algo bem-vindo. Mais uma vez foi determinante a forma como fui acolhido desde o primeiro momento pelas direcções/chefias dos serviços e posteriormente pelos orientadores de estágio. O apoio na construção de um percurso e incentivo para o desenvolvimento de ideias foi uma constante. Nestes contextos senti-me sempre apoiado e com um aumento gradual de motivação pelo reforço positivo manifestado e pela forma positiva com que os objectivos foram criados e desenvolvidos, obtendo competências nos diversos pontos preconizados pela UCP mas com mais capacidades de poder futuramente supervisionar colegas, dando o mesmo feedback que obtive.

Esta absorção de capacidades pelo contacto deve-se muito pela convivência com a personalidade das pessoas e a influência desta na postura profissional. A minha capacidade de liderança manifestada pela intervenção, interacção e participação com os colegas e colaboradores deveu-se precisamente a esta osmose. Momentos em que intervi com os meus conhecimentos, como no sector da reanimação, permitindo com que pudesse haver uma modelagem na abordagem ao doente ventilado. Nestas ocasiões percebemos o que é ser perito numa área, assim como a influência que o trabalho em equipa, e os nivelamentos das relações profissionais existentes têm, exigindo-se uma abordagem mais ou menos directiva quando é preciso, mas sendo esta a excepção á regra. Estes foram aspectos humanos que contribuíram positivamente para o decurso dos trabalhos propostos. Foram luzes que guiaram nas brumas em que nós entramos quando começamos o estágio e que ao longo do tempo vão clareando o caminho. E o sentir este apoio é importante para dar confiança e continuar com motivação para a realização dos trabalhos agora apresentados.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER

O primeiro módulo do estágio deste mestrado teve início a 18 de Abril de 2010 e foi subordinado a área de cuidar em enfermagem pessoas em situação urgente/emergente. Teve uma duração de 9 semanas, nas quais fiz 23 turnos com acompanhamento directo por um enfermeiro do serviço. Esta experiência terminou a 19 de Junho de 2010, com a sensação e

comprovação de ter atingido os objectivos propostos, actividades delineadas para as propostas e necessidades encontradas.

Globalmente esta área permite o desenvolvimento de competências na actuação em primeira linha de situações de doença aguda, em pessoas que acabam por ter um contacto inesperado com o serviço de saúde (e toda a ansiedade que se pode gerar), mas também pode ser o início de um percurso em unidades de saúde, na busca de um processo de cuidados/cura de forma a restabelecer o padrão de saúde que tinha previamente ao episódio. As necessidades que senti serem intervencionadas foram no sentido de otimizar o atendimento nestas situações onde o factor dor estivesse envolvido; na criação e reformulação de documentos que facilitem aos profissionais actuações eficazes, e eventualmente produzir mais tempo para passar com as pessoas numa fase de acolhimento e atenção que necessitam. Este visão global da pessoa doente com necessidades de cuidados emergentes tem também o intuito de perceber melhor o percurso aqui começado e que se desenvolve neste serviço, acabando por vezes por me chegar aos cuidados intensivos.



O HSFX encontra-se integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, juntamente com o HEM e HSC. O SU (Ilustração 1) tem uma área de influência vasta (Ilustração 2), alargada à zona sul do país e a determinadas especialidades médico-cirúrgicas como: Neurocirurgia/Neurologia, Cirurgia plástica, Infecçciologia, Ortopedia, Urologia e admissão de doentes politraumatizados ao nível nacional.

Ilustração 1 – Entrada para o SU do HSFX



Ilustração 2 – Áreas de incidência e referência do SU do HSFX



-  Área de incidência directa
-  Referência como Hospital Central

Neste serviço existe um conjunto numeroso e variado de profissionais providenciando os cuidados necessários à população que aqui recorre. O SU possui uma equipa fixa de enfermeiros e assistentes operacionais, completando cinco equipas em regime de *roulement*. A coordenação do serviço cabe à Enfermeira Chefe e três elementos que lhe dão apoio em determinadas áreas, substituídas nas suas ausências pelos chefes de cada uma das equipas. Estes últimos também são responsáveis pela gestão de recursos humanos e material durante o turno, assim com da mobilização de pessoas doentes de acordo com as necessidades sentidas. Impera o método de trabalho individual com apoio entre os elementos de acordo com a carga de trabalho e disponibilidade de cada um. As competências necessárias para gerir um serviço destes enaltece as capacidades que os enfermeiros possuem sem as quais tornariam os serviços muito mais confusos e impraticáveis para os cuidados às pessoas. Os enfermeiros encontram-se no centro de um turbilhão de pessoas e casos, tornando evidente a importância do nosso papel enquanto promotores de cuidados em situações de maior fragilidade.

Quanto à estrutura física, o SU é composto por diversos sectores com áreas de especificidade de acordo com a necessidade de cuidados e tratamentos a realizar à pessoa. Por exemplo, as salas de atendimento geral, reanimação, balcões, pequena cirurgia, trauma e gabinete de psiquiatria articulam directamente com a triagem. Nestas salas existe a possibilidade de atender pessoas de acordo com as suas necessidades do foro médico, cirúrgico, causas traumáticas (de menor ou maior gravidade), situações de descompensação psiquiátrica, e situações onde o risco de vida é maior (sala de reanimação). Nestes sectores a entrada e saída de pessoas torna o ritmo de trabalho impressionante e requer uma capacidade de adaptação por parte dos profissionais. Recentemente houve um investimento nos recursos informático, por necessidade de aplicar um programa informático que permite condensar toda a informação clínica da pessoa doente num único processo digital, acessível em qualquer parte do SU.

O serviço tem como filosofia assistencial uma promoção de cuidar em enfermagem de forma personalizada, satisfazendo as necessidades e expectativas da pessoa que recorre à urgência. É primeira prioridade do enfermeiro da urgência, respeitar a dignidade humana, em última instância valor sublime da nossa civilização. Algumas das competências passam por intervenções adequadas perante situações de urgência/emergência centrados em cuidados individualizados na pessoa doente e sua família. Para isto utilizam com regularidade algoritmos pré-estabelecidos, promovendo segurança nos cuidados prestados. Torna-se importante estar atento às situações que possam surgir, vigiando cuidadosamente, todos os parâmetros e sinais promovendo o restabelecimento da saúde mas também com atitudes preventivas.

Segue-se uma apresentação dos objectivos e competências propostas e adquiridas ao longo destas 9 semanas. Descrevo as actividades desenvolvidas que foram o fruto desses objectivos e que por sua vez contribuíram para desenvolver mais competências e criar novos objectivos. No final a apresentação estabeleço uma avaliação global do estágio de forma autocrítica ponderando os prós e contras, situações encontradas positivas e negativas. Desta forma pretendo descrever uma realidade de forma simples e objectiva, justificando o melhor

possível o curso de acção realizado. Para melhor visualização temporal consultar o cronograma em anexo (ANEXO II)

2.1.1. Objectivos delineados

Como forma de orientação para a prática clínica, e com o sentido de servir como avaliação do desempenho e competências propus-me a atingir alguns objectivos em áreas que considere relevante agir. Baseando-me nos temas propostos, nos objectivos exigidos pelo curso e também nos meus objectivos enquanto profissional, atento a um serviço diferente que me suscitou curiosidade pela forma de lá trabalhar, delineei os seguintes objectivos:

📖 Exercer funções de enfermagem perante a pessoa doente com necessidade de cuidados urgentes/emergente atendendo as competências de enfermeiro especialista nas diversas valências do serviço de urgência, com gradual grau de autonomia.

📖 Compreender o processo de avaliação de dor enquanto 5º sinal vital em contexto específico de pessoas doentes que não consigam utilizar as escalas visuais e analógicas de dor.

📖 Intervir nos métodos de trabalho na área de enfermagem, enquanto processo de melhorar o atendimento à pessoa doente com necessidade de cuidados nas diversas áreas da urgência, atendendo aos elementos de enfermagem, analisando a sua adequabilidade.

📖 Compreender e integrar o processo de implementação do programa “Via Verde Sépsis”, através de partilha de conhecimentos com o grupo responsável e eventual colaboração com introdução de parametrização de valores indicativos de sépsis.

Para implementar e trabalhar estes objectivos propus-me a desempenhar acções e cuidados de cariz prático, enquanto enfermeiro da prestação de cuidados, no sentido de compreender as formas de actuação que os enfermeiros desenvolvem diariamente no SU. Também pretendi incidir em dois dos aspectos temáticos delineados no projecto relativamente à dor e a intervenção em grupos de trabalho e aspectos funcionais do serviço como a elaboração de procedimentos e protocolos e para os quais a minha presença enquanto dinamizador para a mudança desse contributos.

Atendendo ao que me propus realizar, e adequando às necessidades do serviço, penso que as metodologias e documentos realizados foram os mais indicados. Obtive um bom *feedback* por parte dos elementos coordenadores e consegui implementar o proposto. Senti que, com o decurso do estágio, o interesse para com os objectivos foi crescendo à medida que iam sendo realizados. Para a sua melhor execução contribuíram a disponibilidade e sentido positivo por parte da coordenação do serviço que me foi integrando nos grupos de trabalho já existentes assim como facilitou os contactos que necessitava. Considero como atingidos os objectivos proposto, com as actividades e participação que será descrita e analisada de seguida.

2.1.2. Competências desenvolvidas

As competências desenvolvidas foram baseadas em documentos de orientação desenvolvidos por órgãos de regulamentação como a OE (DL nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelo DL nº 412/98 e o DL nº 411/99; DL nº 248/09 de 22 de Setembro), no recente modelo de desenvolvimento profissional (OE, 2010), e para efeitos de avaliação mais objectiva, as indicações criadas pela Universidade Católica (UCP, 2010), no quadro de competências a adquirir enquanto enfermeiros com o título de especialista na área médico-cirúrgica. O objectivo destas competências é descrever e legitimar as nossas actuações enquanto enfermeiros dotados de um grau de capacidades e atribuições funcionais mais específicos e complexo.

Apesar de serem focadas transversalmente em maior ou menor grau, as competências aqui apresentadas foram as seleccionadas como as mais relevantes para o estágio e actividades desenvolvidas. As competências, apontadas de seguida, tiveram sempre a finalidade de mobilizar as capacidades profissionais e compreender as necessidades das pessoas doentes e da orgânica de um serviço e agir sobre estes. Assim pretendo:

📖 Desenvolver uma prática profissional e ética no âmbito da urgência, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

📖 Especificamente cuidar as pessoas em diversos processos de situação crítica, nomeadamente em caso de falência orgânica, emergência

📖 Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família

📖 Desempenhar papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas, assim como na colaboração de programas já existentes

📖 Recorrer a um conjunto de recursos para desenvolver autoformação para uma prática mais especializada, valendo-se da experiência profissional adquirida

📖 Avaliar as necessidades dos elementos inseridos nos cuidados (profissionais, pessoa doente e família)

📖 Promover a continuidade dos cuidados através de uma optimização da comunicação com os colegas

Apesar de aqui descritas e enumeradas notei que as competências adquiridas foram emergindo naturalmente à medida que o estágio foi desenrolando. Quando chego ao SU e os colegas vêem a minha presença como apoio a situações que para eles são problemáticas, na altura fez crescer um sentimento de que o meu caminho profissional e todo o investimento que tenho dado para a enfermagem possibilita-me exercer como elemento de referência em serviços nos quais exista uma afinidade com a área médica. Utilizando as ferramentas adquiridas pela prática e pela teoria académica, estou certo que estarei apto para enfrentar os

mais diversos desafios que ainda terei pela frente e esta prática clínica foi a prova de que é possível.

2.1.3. Actividades realizadas

As actividades realizadas foram um dos veículos que permitiram-me alcançar mais facilmente e tornar visíveis as competências propostas e exigidas. Ao longo do mestrado fomos incentivados a procurar problemas e a resolve-los da melhor forma, e que esta fosse útil. Após uma descoberta teórica de questões relevantes, neste caso para o SU, e de potenciais áreas de trabalho, resta a operacionalização, justificação e materialização do porque das opções e acções desenvolvidas. Apesar da preparação prévia para o estágio houve ainda trabalho de pesquisa, de campo e de aferição permanente. Este foi um trabalho intenso mas compensador.

Resumidamente abordo as questões práticas, resultantes de uma pesquisa bibliográfica direccionada para os temas a desenvolver, assim como uma participação activa nos cuidados como forma de integração e pertença para o com aquele grupo de trabalho. Também equacionei acções relevantes para a identificação do processo de avaliação da dor no SU e quais os métodos de facilitação para proceder a cuidados e intervenções de enfermagem em formato de formações, procedimentos, normas, posters... Outro assunto que suscitou interesse na fase teórica do mestrado e que pretendi agir sobre foi a questão da sépsis e da sua urgente necessidade de intervir atempadamente e que se pretende desenvolver no projecto da VVS. Segue-se as suas descrições e análises.

2.1.3.1. Prestação de cuidados

A prestação de cuidados torna-se algo inerente ao estágio, como sendo uma actividade evidente. No entanto não será bem a forma como se prestam determinados cuidados ou acções em enfermagem que determinam a realização deste objectivo. Questões de ordem técnica e de situações mais básicas são ultrapassadas facilmente com o relembrar através de estudo ou então já devidamente inculcadas em mim, o que torna a integração mais fácil. O que pretendia seria partir de um patamar mais alto e desenvolver aspectos mais direccionados para a especialidade, articulando o que se aprendeu na teoria e pesquisa bibliográfica e participar nos cuidados, utilizando referências como SHEEHY (2000) e outras, de acordo com as questões que se levantavam. Para pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante o mestrado propus-me a prestar cuidados de enfermagem de forma completa e de autonomia gradual estipulando uma maior incidência na secção da reanimação e na secção de balcões. Aqui pude comprovar a “agitação” que existe neste serviço tornando por vezes confuso (antagonizando com a metodicidade dos cuidados intensivos) e a existência de situações que requerem um atendimento personalizado ponderado para com pessoas numa situação de doença inesperada.

Outra dimensão presente na participação nos cuidados deriva da facilidade com que se pude inserir-me num grupo e criar laços de pertença. Devido à questão do papel “aluno/enfermeiro”, acrescido pelo facto de ser aluno da especialidade (com eventuais juízos e distanciação que este papel acarreta), a participação nos cuidados de enfermagem permitiu mostrar disponibilidade em colaborar em equipa e, ao quebrar esta barreira, conhecer melhor a realidade individual dos profissionais nas vertentes positivas e negativas. Sempre notei que existe mais respeito por parte dos enfermeiros por colegas que se adaptem a todas as situações, pois apesar de muitos títulos e cargos que tenhamos, não deixamos de ser enfermeiros de profissão. Este sentimento é essencial para que futuramente desenvolva projectos em contextos profissionais. Considero a coordenação/liderança de uma equipa como algo que deve atender de forma transversal todos, visto só assim poder transmitir dinamismo, pertença de equipa de forma racional e com a dose de autoritarismo necessário.

Algo que me foi motivador, para o desenvolvimento da prática no SU, foi quando servi de referência para situações pontuais com alunos do curso base da Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, onde os envolvi e auxiliei numa supervisão clínica de cuidados. A supervisão de alunos em contexto de estágio é-me familiar pelo acompanhamento que realizam na UCIP e, mais recentemente, enquanto colaborador numa escola de enfermagem. É uma área que considero interessante e predilecta pelo que não manifestei grandes dificuldades, excepto em questões processuais próprias do SU. A supervisão é uma constante em enfermagem e a sua atribuição e desempenho é determinante para que o supervisionado atinja os seus objectivos (ABREU, 2002; LOUREIRO, 2002) pelo que esta experiência, apesar de não ser novidade fundamentou as capacidades de supervisão que tenho e pretendo desenvolver. Simultaneamente, ao focar questões de relação e supervisão, podemos completar as competências existentes com as desencadeadas pelas dúvidas e desafios que surgem. Existem sempre aspectos práticos, éticos e teóricos que diferem de caso para caso e que são promotores de novas experiências e de questões que nos permitem crescer como profissionais.

Noutra vertente, para conhecer um SU tive de passar por diversos sectores, uma vez que o serviço está assim dividido, e nada melhor do que participar activamente, com a devida supervisão, nos cuidados específicos às pessoas que necessitam, por exemplo, de uma pequena cirurgia ou foram sujeitas a politraumatismos, ou ainda participar em sectores que são determinantes para o bom funcionamento do SU como a triagem. Cada experiência foi gratificante pois permitiu-me observar e participar na dinâmica da urgência, onde eu próprio tive a oportunidade de desmistificar algumas ideias preconcebidas acerca do seu funcionamento. Atendendo ao desenrolar do estágio e também à minha curiosidade de conhecer um serviço de urgência na sua totalidade, aproveitei esta experiência para participar nos sectores da triagem, pequena cirurgia, sala de trauma, apoio à psiquiatria, SO e sala de decisão clínica.

Como estratégia de valorizar e analisar essas experiências elaborei reflexões que permitiram pensar no que se passou durante o contacto com cada uma das realidades

referidas, e relatar aspectos melhores ou piores observados, assim como situações marcantes. Pretendi que cada reflexão fosse um retrato que enaltece os contributos que me permitiram crescer mais um pouco enquanto enfermeiro (ANEXO III). Apesar de limitadas no tempo ou de terem sido experiência numa fase inicial do estágio a sua vivência foi importante, podendo condicionar os relatos na sua forma de apresentação, mas não o que fica posteriormente enquanto prática vivida. O recurso às reflexões escritas permite estruturar ideias e analisar as vezes que forem necessárias as acções e atender às competências que queremos atingir. Apesar de não ser uma ferramenta muito amada, é sem dúvida útil.

Um exemplo emerge da possibilidade de poder desenvolver o contacto, e promover uma abordagem com as famílias, estimulando a sua presença e participação nos cuidados das pessoas que deles necessitam. Mesmo num local como nos denominados balcões, onde o espaço é diminuto para as necessidades é possível fazer a diferença. Esta necessidade pareceu-me ser importante intervir pela alteração imposta na ligação entre os profissionais de saúde e os utentes, relativamente a presença de visitas, a forma de lidar com elas e compreender a importância que estas têm no restabelecimento da pessoa doente. Tive a oportunidade de contactar com este processo de mudança, estabelecida pelo direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS estipulado pelo DL nº 33/09 de 14 de Julho, quer nos seus aspectos positivos e negativos.

Senti que havia uma dualidade, por parte dos enfermeiros, entre o querer fazer o que está descrito e a obrigatoriedade de ter que permitir esse acompanhamento. Penso que, através de uma posição externa e atendendo à minha experiência, consegui estabelecer uma atitude moderada e transmitir aos colegas com oposição mais marcada as vantagens. Inicialmente parecia que incluir as famílias nos cuidados parecia um pouco utópico mas aos poucos verificou-se que não era tão incomum quanto isso, e de certa forma já se fazia. Isto é agir e adaptar à realidade encontrada.

Esta e outras situações foram analisadas num documento pessoal desenvolvido ao longo do estágio com o qual identifiquei situações, descrevi aspectos relevantes e avaliei situações de forma objectiva, numa forma metódica de aspectos positivos vs negativos e questões que podem ser potenciadoras de oportunidades vs ameaças. Com esta forma de ajuda para equacionar o seguimento das opções de estágio e, em forma de diário, perceber a progressão das actividades e do estágio em si, considero que foi de grande utilidade (assim como os cronogramas) enquanto ferramenta de decisão e estratégia com vista as possibilidades de mudança, de percurso seguidos e obtenção de recursos para as actividades pretendidas. Em anexo fica uma reflexão final acerca do estágio do SU (ANEXO IV) e um excerto desse documento para perceber a sua organização e conteúdo (ANEXO V).

Em suma penso que estas medidas de participação e recurso a ferramentas escritas de apoio às decisões foram indicadas para o desenrolar bastante positivo do estágio. Nesta experiência de dois meses, percebi o funcionamento de um SU e das suas capacidades reais e potenciais. Apesar de não ser uma área nova para mim, o trabalho realizado enalteceu as perspectivas de actuação para os cuidados intensivos e até áreas de articulação comuns como

o atendimento e parcerias teóricas quanto a situações de reanimação, intoxicações, politraumatismos..., realidades que podem ser trocadas entre as valências do SU e as UCI. A prática permite um contacto indicado com a realidade e assim permite desenvolver capacidades e competências como as que pretendi atingir.

2.1.3.2. Dor

Sendo transversal aos serviços de saúde, e provavelmente com maior incidência na urgência, a dor tem aqui toda a legitimidade de ser considerada como o 5º sinal vital. Pertencendo aos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem, a sua indicação por parte de quem sofre é importante para hierarquizar os cuidados, assim como diferenciar o tipo de cuidados a prestar, adequando-os e dirigindo-os para o caso particular que temos à nossa frente. A sua intensidade é subjectiva, bem como a forma mais adequada de a avaliar, atendendo às escalas existentes.

O SU utiliza essencialmente duas escalas: uma adaptada para a triagem onde se atribui o valor referido a uma cor correspondente à triagem de Manchester, sendo esta escala um misto de analógica e visual; e a escala analógica colocada em notas de enfermagem permitindo verificar a sua evolução continuamente de acordo com as referências que a pessoa faz. Como auxiliar à pessoa doente para caracterizar a dor existem dispersas algumas escalas visuais de faces para fazer corresponder a dor a uma intensidade. Mas como fazer com que as pessoa que não consigam indicar essa dor, seja por que razão for, tenham este parâmetro acautelado? No contexto prático esta questão parece mais pertinente do que uma mera formulação académica para elaboração de actividades.

Para ultrapassar esta situação, foram elaboradas e validadas escalas que permitem utilizar, através de uma observação directa da pessoa doente, itens objectivos (como sinais vitais ou respiração, comportamento ou estado de consciência), para que se possa ter, no mínimo, uma indicação da existência de dor e o seu eventual grau de intensidade, para casos como a demência, inconsciência, ventilação e sedação. A utilização destas escalas, no SU, complementa as escalas visuais e analógicas, e permite que os cuidados de enfermagem prestados consigam englobar a totalidade dos utentes deste serviço. A nossa presença constante perante a pessoa doente e família, e a primeira abordagem numa triagem perante a pessoa, implica o reconhecimento da importância deste sinal condicionador de cuidados de enfermagem (GÉLINAS et al, 2004). Com base nestes pressupostos pretendi apresentar uma opção de escala de avaliação de dor para os casos específicos de não verbalização.

Numa primeira fase necessitei de perceber a importância desta escala no SU, em particular nos sectores onde incidi mais como na reanimação e balcões. Para facilitar essa visualização elaborei uma contagem não formal das situações que poderiam ser englobadas numa avaliação da dor por uma escala não verbal. Essa avaliação está em anexo (ANEXO VI) e apesar de ser um instrumento pessoal e não validado, foi útil para compreender alguns números envolvidos, sendo sempre valores pelos mínimos. Uma vez atribuída a sua

importância, elaborei uma proposta de norma de procedimento para a avaliação da dor não verbal na sua forma global no contexto da urgência que foi aprovada pelo serviço e validada posteriormente pela DSE do HSFX e colocado à disposição para consulta (ANEXO VII).

Este documento foi precursor de um instrumento criado especialmente para a sala de reanimação e para os balcões, mas após decisão com uma das coordenadoras do serviço, optou-se por aplicar essa ferramenta no SO (ANEXO VIII). No sentido de promover e facilitar a avaliação da dor nesses contextos, esse desdobrável incluía-se todas as escalas úteis para a avaliação da dor desde a utilizada na triagem, as analógicas e visuais e incluiu-se duas escalas originadas em pesquisa bibliográfica e com pertinência de inclusão no SU. A primeira foi uma escala de observação de comportamento, que permite avaliar a dor através da comparação dos comportamentos observados e os descritos no instrumento; e a segunda foi uma escala de avaliação de dor não verbal, que através de itens objectivos permite estipular um valor que pode corresponder à intensidade de dor sentida. No final apresenta-se uma escada analgésica da OMS (BARBOSA e NETO, 2010) como forma de despertar para as possibilidades terapêuticas farmacológicas acessórias, complementares aos cuidados de enfermagem a prestar relativamente a todas as formas não farmacológicas de alívio da dor que sejam possíveis instituir no SU.

Por ser um assunto que considero pertinente e útil para a promoção de cuidados de enfermagem de maior qualidade, elaborei um artigo de divulgação subordinado ao tema da dor em contexto de urgência com a sua devida proximidade às experiências sentidas neste contexto académico (ANEXO IX). A par desta identificação e necessidade de divulgar sobre esta preocupação nos serviços de saúde, tive a confirmação da sua importância, pois no decurso de outros estágios por colegas da especialidade fui contactado no sentido de os auxiliar acerca da utilização destas escalas e eventual aplicação noutros serviços. Esta valorização do trabalho culminará na elaboração de um novo artigo, desta vez em parceria com uma colega de mestrado com o intuito de o publicar.

No final penso que foi um bom trabalho realizado pela aceitação e feedback por parte dos colegas e coordenadoras, referindo a utilidade do instrumento. A sua apresentação foi realizada de forma individual aos colegas que exercem na sala de reanimação, considerando esta a melhor forma para a sua divulgação (visto que a sua aplicação inicial seria restrita). Para ser oficializado como instrumento a utilizar, toda a informação está disponível no documento oficial de procedimento que servirá de base para consulta e esclarecimento de dúvidas. A divulgação destes documentos ainda foi possível através da sua entrega via electrónica assim como uma cópia num dossier relativo aos procedimentos. O aspecto que poderia ser uma mais-valia, partia por uma avaliação mais numerosa da utilização deste instrumento relativamente à sua aplicação. Tal não sucedeu visto que a entrega e correcção deste documento demorou mais tempo do que o planeado, o que tornou a sua aplicação tardia, ficando a avaliação pontual dos colegas como factor de motivação pelo trabalho desenvolvido e algumas aplicações na prática.

2.1.3.3. Via Verde Sépsis

O sistema de Via Verde nos serviços de saúde pretendem otimizar e minimizar o atendimento de situações específicas em que o factor tempo é determinante para o sucesso do restabelecimento da saúde. A detecção precoce destes problemas de saúde torna-se relevante pela importante diminuição da mortalidade, assim como da optimização dos escassos recursos existentes com a acompanhada diminuição de custos associados com tratamentos e sequelas resultantes. No caso de pessoas com indícios de processo de sépsis existe uma percentagem de cerca de 22% de internamentos com esta situação clínica, muitas vezes com resultados de insucesso ao qual se acresce todo um percurso de sofrimento para todos os envolvidos, nomeadamente a família, e acima de tudo para a pessoa doente. Esta campanha teve início, a nível mundial, através do “Surviving Sépsis Campaign” (2011) que visava reduzir, até 2009, a mortalidade em 25%, a qual foi adoptada pela DGS na sua circular normativa nº1/DQS/DQCO (DGS, 2010).

O objectivo deste sistema passa pela sua identificação na triagem, no momento da diferenciação de sintomas e sinais, seguindo as indicações mas onde a experiência profissional também pode ser determinante. Lembro-me de uma situação onde, pela observação e conhecimento clínico, uma pessoa internada no SU foi atempadamente sujeita a antibioterapia, impedindo a progressão do processo de sépsis e esta identificação decorreu da experiência de um dos enfermeiros em serviço. A colaboração entre profissionais de saúde é essencial para que o processo de implementação da VVS seja bem sucedido. Para isto torna-se necessário a sua divulgação, permitindo estabelecer uma base de actuação para os todos os profissionais e validar o papel que todos temos.

Como principais objectivos pretendia conhecer o projecto da VVS na forma aplicável em terreno, mas simultaneamente integrar no grupo para a implementação do projecto “Via Verde Sépsis” como forma de poder participar enquanto observador nas formas e métodos de trabalho enquanto profissionais de saúde, e perceber os contributos que as filosofias de enfermagem podem contribuir para tal. Como forma de promover a implementação do projecto criou-se um objectivo de divulgar este, pela afixação de cartazes, lembrando os profissionais para a existência da VVS mas também para facilitar a sua introdução nas dinâmicas do SU. Pude participar na realização deste suporte desde a inclusão de informação, elaboração do cartaz e pesquisa para o aperfeiçoar (ANEXO X), afixando-o na triagem, sala de reanimação e sala de decisão clínica. Ainda ponderei a sugestão de incluir uma escala de avaliação de falência multiorgânica como acessório de avaliação da gravidade do quadro de sépsis (como a SOFA) de acordo com o preconizado pela SFAR (2011), no entanto esse processo tem mais relevância numa fase posterior, embora seria interessante determinar o grau de falência orgânica nos casos identificados e a sua evolução.

Com a colaboração dos enfermeiros de articulação com o grupo de implementação da VVS no SU e com a aprovação do responsável pela sua implementação, pude integrar o grupo de trabalho criado para este projecto, contribuindo com opiniões e experiência direccionadas

para o problema da Sépsis, embora com uma visão mais distante no tempo, ou seja, numa fase em que a pessoa está internada. Com a introdução de algumas nuances gerou-se momentos de discussão positiva sobre esta realidade e motivou mais o grupo para a importância deste assunto, ampliando os horizontes para a fase pós-SU. Pretendia que a minha participação fosse mais activa, na exposição de algum aspecto temático no curso que se desenvolveu sobre a VVS, mas esta foi negada por uma questão de organização do grupo, valendo o agradecimento pela disponibilidade e interesse manifestado.

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir e participar de forma indirecta no curso, verificando a sua importância e conhecendo todo o trabalho realizado pelo grupo previamente à minha chegada. De facto achei muito interessante toda a abordagem que foi dada aos temas, apesar de muitos destes serem do foro médico. À enfermagem é solicitado um papel de controlo relativo no processo de identificação de potenciais situações de sépsis mas também da forma como se deve proceder com a medicação, pois as medidas farmacológicas de combate à sépsis foram abordadas, confirmando-se a utilização excessiva de antibióticos e antifúngicos que são nocivos para a pessoa doente e em larga escala para os processos de cura, pelo que devemos estar alertas e intervir para um aferição da medicação. Apesar de não ser das nossas competências temos de ter um papel de protecção da pessoa e de toda a estrutura de processos de saúde, pois estas acções não são mais do que prevenção de futuras complicações no processo de restabelecimento da pessoa, protegendo amplamente a comunidade onde estamos inseridos. Resumidamente foi elaborado um documento que foca os aspectos mais importantes referidos no curso (ANEXO XI).

Senti que os objectivos a que me propus foram atingidos, não só pela participação e observação como aluno, mas o reconhecimento das opiniões como profissional, confirmando existência de abertura para o diálogo por parte de um grupo de trabalho com objectivos bem delineados e concretos, aos quais se junta as sugestões para otimizar e modificar alguns aspectos funcionais por parte de alguém que vem de outra realidade, mas que promove questões e alternativas. Mais uma vez verifiquei a capacidade que promovi ao identificar aspectos considerados incidentes críticos e agir sobre eles. Mas a descoberta desses incidentes só por si não trazem vantagens se não soubermos encontrar um caminho para a solução, que passa por vezes numa abordagem conjunta entre profissionais de saúde proactivos com vontade de agir para mudar algo que esteja menos bem ou implementar algo que só trará benefícios para a pessoa doente e também para o serviço.

2.1.3.4. Guias de Orientação

A percepção de como se trabalha num serviço de urgência é fascinante pela mobilização de recursos que cada turno gere, a compensação de elementos pelas faltas e necessidades pontuais em casos de transportes, exames, e até da simples transferência de utentes entre sectores. Toda esta dinâmica requer tempo e atenção ao que se faz sob o risco de causar, inadvertidamente, algum contratempo para a pessoa doente. A multiplicidade de

situações que ocorrem numa urgência e a multiplicidade de acções, fármacos, *guidelines* e algoritmos, instrumentos, monitores entre outras coisas são desconcertantes.

A existência de orientações escritas decorre da necessidade de otimizar o tempo e os recursos pretendidos para a prestação de determinados cuidados, mas também poder intervir em segurança seguindo as directrizes estabelecidas de forma fiel e objectiva. Para intervir nas metodologias de funcionamento no serviço, optei pela elaboração de documentos que optimizam o funcionamento deste. Tendo em conta a capacidade informática que o serviço tem, a colocação de documentos protocolados com informação sucinta, de rápido acesso e com múltipla escolha seria útil para que os enfermeiros acessem e optimizassem a resposta a questões urgentes.

Por ser vantajoso para este campo de estágio, assim como para a área dos cuidados intensivos, procedi à elaboração e reformulação de orientações para casos de intoxicações, estabelecendo que pretendia desenvolver um processo de acesso informático para os documentos existentes relativos a intoxicações medicamentosas e por organofosforados, com a devida aprovação dos coordenadores do serviço e do orientador do estágio. Inicialmente tinha pretendido realizar 3 destes documentos mas consegui até final do estágio a realização de 6 orientações.

Para a realização destes documentos baseei-me nos modelos e informações existentes (alguns dos quais eram somente bulas de medicação). Foram criados ficheiros em formato Word[®] que, através do recurso a hiperligações, disponibilizavam o acesso imediato ao documento a consultar (bulas, procedimentos, protocolos, informação). Através de pesquisa bibliográfica direccionada e de documentos obtidos e referenciados na internet, complementou-se a informação ficando os documentos não só úteis para situações de resolução rápida quando entra uma pessoa com caso de intoxicação, mas também possui informação para consulta quando necessário, parametrizada com indicações da OE (2007).

Para tornar as pastas acessíveis por qualquer utilizador e qualquer computador, era necessário o apoio, aprovação e colaboração da informática. Para evitar o seu manuseio, porque não podiam estar totalmente protegidos, os documentos acabaram por ficar no ambiente de trabalho bastando um clique para abrir os ficheiros. Os documentos chegaram a ser propostos para estarem na base de informação do programa de registos da urgência, mas implicaria algumas mudanças que não eram rápidas nem fáceis de realizar pela articulação entre o hospital, os serviços informáticos e os responsáveis pelo programa informático. Ainda foram enviados *mails* mas sem resposta atempada.

Apesar de não ter sido planeado previamente em projecto, foi um dos incidentes críticos que emergiu das conversas que fui tendo no início do estágio e sobre as quais surgiu a oportunidade de realizar estas orientações. Os documentos encontram-se em anexo (ANEXO XII) e apesar de não se notar a operacionalidade deles, fica a informação trabalhada. Pelo interesse demonstrado e pelas reacções obtidas após a apresentação, verifiquei que este foi um trabalho que foi muito bem aceite, e que espero tenha seguimento para que os profissionais ou outros colegas da especialidade possam desenvolver o mesmo padrão de documentação

com outras orientações que queiram criar ou actualizar. De facto, a capacidade que o SU tem para suporte informático é excelente pois todos os gabinetes e quartos têm um computador o que torna o acesso aos documentos universal nesse serviço. Talvez a falta de visibilidade e o facto de estarem vulneráveis a alterações e eliminações possam alterar as pastas criadas, mas conto com o interesse dos colegas que lá ficaram para preservar este trabalho.

2.1.4. Avaliação global

Globalmente, considero que foi bastante positivo a forma como se desenrolou a prática clínica no SU. O decorrer do estágio foi a soma de múltiplos factores que culminaram num trabalho bem realizado e direccionado para as necessidades encontradas. Estabeleci um bom contacto com a realidade com que me deparei e adaptei os objectivos previamente estabelecidos no projecto de forma a ir ao encontro do que pretendia para o estágio, para o que o serviço poderia beneficiar com a minha presença nestas semanas e para o que a Universidade pretendia da minha prestação enquanto aluno a desenvolver capacidades e competências de especialista num serviço específico como o SU.

Os objectivos e competências foram desenvolvidas e atingidas, permitindo alcançar um sucesso pessoal e profissional nestas prática. Consegui apresentar um projecto com itens que foram bem acolhidos, consegui um envolvimento com os colegas de enfermagem para compreender a realidade do serviço, consegui apoio para realizar as actividades propostas e acima de tudo senti que havia interesse e aprovação pelo que foi feito. O único factor que poderia ter sido optimizado seria a confirmação da importância das actividades realizadas, nomeadamente na avaliação da dor, validando a importância da ferramenta criada, mas apesar de não ter obtidos dados, sei que a recepção e interesse foram muito bons por parte dos colegas.

A possibilidade de poder entrar em contacto com situações inesperadas onde o contacto que tive com a família ao informar das circunstâncias relevantes da pessoa que deu entrada no SU e que necessitava de apoio e atenção dirigida para os limites alterados das linhas de defesa que aquele grupo familiar/afectivo sofreu. Perceber isto e agir para ultrapassar as questões preocupantes e particulares que os atingiu. São momentos que vivemos e trabalhamos e que são enaltecidos pelos novos conhecimentos que adquiri e tornei mais sensível. Aperfeiçoar a observar, aprender as “ler” as pessoas, conhecer as suas necessidades e colmatar com a acção. Apesar de estar numa situação privilegiada enquanto aluno e elemento extra e com objectivos próprios, considero que as experiencias vividas podem ser divulgadas e estendidas quer aos elementos do SU quer no meu futuro profissional, melhorando a forma de atendimento, sempre que possível.

A minha colaboração teve momentos que percebi o que mais importante existe ao cuidar de pessoas. Dois momentos simples mas marcantes. Um, através de acompanhamento mais personalizado durante uma noite em que uma pessoa entra com quadro de retenção urinária e requer intervenções não só de ordem técnica, mas também de contacto

relacional/comunicacional e na decisão de medidas a tomar (nomeadamente a intervenção da cirurgia ou técnicas de enfermagem). A atitude estabelecida com o médico responsável onde, através de argumentos validos e com evidência se decide por uma abordagem ponderada com algaliação mas com a promoção de um ambiente mais calmo onde a pessoa ganha-se confiança para perceber a competência do atendimento e ser também promotora do processo de cuidado. Um segundo caso onde uma pessoa com lesão grave da mão por acidente teve um maior controlo da dor através de analgesia mas também de a criação de um ambiente de confiança e de comunicação que permitiu a realização de uma pequena cirurgia de forma tranquila e, para surpresa dos clínicos, com eficácia. Os aspectos desestabilizadores como a dor ou o stress de um internamento, e a possibilidade que tive em intervir com as armas adquiridas com a experiência e com os conhecimentos conseguidos, foram exemplos do que melhor cresço dentro da profissão.

Em suma, considero ter havido um aperfeiçoamento da importância de estar desperto para incidentes críticos, ou seja, situações potenciais de necessidade de intervenção (de diversa ordem desde relacionamento, aspectos técnicos, inovações e alterações para a mudança). Num estágio mais prolongado ainda teria algumas áreas para actuar atendendo a aspectos que identifiquei como potenciais de serem optimizados. São exemplos a intervenção quanto: à supervisão clínica com alunos do curso de licenciatura e enfermeiros recém chegados, necessitando-se de remodelar o plano de integração; ou formas de optimizar a formação criando documentos que possam perceber as necessidades e identificar a falta de motivação para assistir. São alguns temas que com mais tempo e com objectivos direccionados para estes temas poderiam ser trabalhados, ficando estes pelas sugestões futuras a colegas ou aos profissionais do SU. Fico motivado por saber que houve um seguimento e interesse, por parte de colegas da especialidade, em continuar com o projecto da dor (no SU e noutras UCI). Quando o trabalho é reconhecido e continuado, só permite pensar que há cabimento para a enfermagem, as actividades e competências aqui desenvolvidas.

2.2. CUIDADOS PALIATIVOS NA CASA DE SAÚDE DA IDANHA

A 27 de Setembro iniciei o estágio correspondente o módulo III, subordinado a uma área de opção de acordo com os critérios delineados pelo curso de mestrado. Havia áreas que gostaria de estudar por desconhecimento completo como o bloco operatório, ou o desafio de lidar com áreas como a infecção hospitalar. No entanto optei por um desafio maior. Durante 9 semanas e 23 turnos, estive envolvido numa UCP, acompanhado pela sua Enf.^a chefe trabalhando numa equipa pluridisciplinar e atendendo pessoas que se encontravam numa fase da sua vida próxima da morte.

As competências desenvolvidas nesta realidade são múltiplas, envolvendo aspectos como a relação e a forma como lidamos com situações sensíveis relacionadas com o processo

de fim de vida e de todas as suas implicações. A qualidade de vida associada a uma situação de doença terminal é algo que me interessa pelas competências que deverão estar presentes nos profissionais de saúde, enquanto apoio a todos os intervenientes. O que se pode oferecer para que este percurso seja realizado da forma mais natural, suave e sem sequelas para todos (incluindo os próprios profissionais) é o desafio permanente que existe nesta valência. No final desta experiência denotei uma sensação de estar a absorver e viver muito do que se faz na UCP, apesar de ser um período de parceria e de ter contribuído activamente para o melhoramento dos cuidados aí prestados. Na verdade houve um fascínio pela forma e qualidade de cuidados prestados.

A opção por esta valência deriva do facto de lidar com situações de morte nos cuidados intensivos, embora com características particulares. O que se encontra descrito na teoria e literatura, produzida para cuidados paliativos, poderia (deveria) ser aproveitadas como mudanças para um cuidar da pessoa doente e seus familiares, em situações de fim de vida. Pode-se transportar para cuidados intensivos, sem prejuízo dos seus conteúdos, os quatro pilares de cuidados paliativos, promovendo uma optimização do controlo de sintomas, o aperfeiçoamento da comunicação de notícias (boas e más); envolver a família mais activamente no processo de cuidados e beneficiar de um trabalho entre profissionais que por vezes se esquecem de que o objectivo principal é atender a pessoa doente em todas as suas necessidades e auxiliar a ultrapassar as fases menos boas por que está a passar.

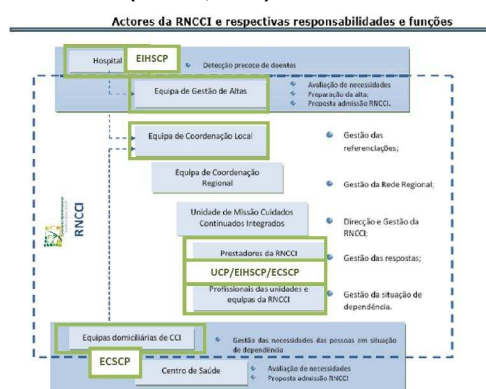
A UCPSBM foi inaugurada em Dezembro de 2005 e encontra-se inserida nas instalações da congregação religiosa das IHSCJ (Ilustração 3). Assumindo a missão e valores desta congregação assume o serviço publico através da inclusão na RNCCI sendo uma das unidades de referência para a palição na região de Lisboa. Os critérios de admissão ao serviço partem com o pré-requisito de ser estabelecido um diagnóstico de doença avançada, progressiva e incurável, cuja esperança média de vida seja inferior a 3 meses. A pessoa tem de ser maior de idade, não possuir doenças infecciosas que necessitem de isolamento e cujos motivos para o internamento sejam o controlo sintomático, a exaustão do cuidador no domicilio ou ausência de cuidadores.

O funcionamento da rede tem características próprias que acabam por limitar as decisões tomadas pela equipa que coordena este serviço, como se pode inferir com o organograma da rede (Ilustração 4). Fazendo parte de uma rede onde a inscrição das pessoa que necessitam de cuidados paliativos segue uma ordem de chegada, sem adoptar uma selecção de gravidade, torna o sistema por vezes difícil de entender e cria sentimentos de injustiça, mas antecipo que todo o esforço é feito para minimizar este efeito. Justificado pela hierarquização de registos e decisões que partem desde o hospital/centro de saúde e tem repercussões nos casos adoptados e do tempo que demoram os internamentos poderia ser uma intervenção só por si.

Ilustração 3 – Entrada para a UCPSBM da CSI



Ilustração 4 – Organograma da RNCCI (UMCCI, 2010)



Dentro da missão e objectivos estipulados para o funcionamento deste serviço enumeram-se os seguintes, retiradas do guia de integração da UCPSBM (2007):

- ✓ Prestar uma assistência integral segundo as exigências técnico-científicas actuais e de humanização às pessoas com doença progressiva, incurável e irreversível
- ✓ Contribuir para melhorar a qualidade de vida na fase terminal, quanto possível, através de uma especial avaliação, controlo da dor e outros sintomas
- ✓ Acompanhar e apoiar psicologicamente o doente e sua família/pessoas significativas
- ✓ Envolver a família no processo individual de acompanhamento e tratamento
- ✓ Promover a autonomia e dignidade do doente, sempre que possível
- ✓ Facilitar a realização dos desejos dos doentes.

A equipa de saúde é interdisciplinar com características próximas de uma hierarquia horizontal, onde o dialogo permanente é essencial para promover decisões em conjunto, eficazes e minimizando regiões de indefinição. Para esta dinâmica contribui uma orgânica própria de comunicação constante entre todos, sempre que necessário e consolidada por reuniões estipuladas há sexta-feira de manhã com a presença de um médico, pelo menos dois enfermeiros, psicóloga e quem quiser participar. Nesta reunião pretende-se que se discutam casos clínicos e a reflexão sobre práticas. Os profissionais procedem a avaliação de cada uma das pessoas internadas e suas famílias, sendo delineado o PII, documento necessário para

registar as necessidades identificadas, as actividades propostas para ir ao encontro dessas necessidades e uma avaliação dessas actividades. Muito similar a um plano de cuidados embora não seja exclusivo para os enfermeiros, ou seja, desde que haja algo identificado que possa ter contributos de algum profissional ou grupo profissional, será endereçado essa responsabilidade para ele ou eles e posteriormente avaliado. Esta ferramenta é muito útil e permite uma estruturação dos factores a incidir para que as acções sejam realizadas e lembradas como forma de persistentemente existir a informação para todos os envolvidos no processo de cuidados das pessoas na UCPSBM.

A estrutura física da UCPSBM transmite um ambiente familiar, permitindo suprir as diferentes necessidades do doente/família (quanto ao ambiente, privacidade e condições), sem descuidar as necessidades técnicas de uma unidade de saúde. É composta por dez quartos individuais (oito ligados à RNCCI e dois privados). As características de serviço de saúde são complementadas com uma provisão de medicação adequada e muito variada para ultrapassar situações complicadas de descontrolo sintomático. Existem salas para promover terapias de relaxamento e hidroterapia, com o objectivo de promover o alívio da dor e conforto, diminuindo o recurso a medidas farmacológicas. Existem ainda outras salas de apoio aos cuidados e que por si servem para atender situações de conferências familiares ou reuniões profissionais, tornando o ambiente adequado ao preconizado quando se atende a este tipo de reuniões.

Estas são algumas características que permitem promover um cuidado de excelência a pessoas que se encontram numa fase tão frágil da sua vida. Verifico com agrado a união de condições humanas e físicas óptimas para promover o que é preciso: humanizar o atendimento a pessoa na sua globalidade tendo em conta a suas características e promovendo uma qualidade de vida ao melhor nível até depois da morte.

A par do que fiz para o outro módulo, descrevo as actividades desenvolvidas, frutos dos objectivos propostos em projecto e que contribuíram para desenvolver competências adequadas. No final apresento uma avaliação global do estágio de forma autocrítica ponderando os prós e contras, situações encontradas positivas e negativas. Desta forma pretendo descrever uma realidade de forma simples e objectiva, justificando o melhor possível o curso de acção realizado. Para melhor visualização temporal consultar o cronograma em anexo (ANEXO XIII).

2.2.1. Objectivos delineados

Num serviço com as características que uma unidade de cuidados paliativos tem, foi necessário que tivesse as ideias bem estruturadas pois a realidade era-me em parte desconhecida, apesar das orientações bibliográficas adoptadas. Foi com base nessa pesquisa que elaborei os objectivos que me propus realizar, embora soubesse de antemão que teriam de ser reformulados para se adaptar não só à realidade do serviço mas também às vicissitudes dos cuidados paliativos. Assim delinee os seguintes objectivos:

📖 Exercer funções de enfermagem perante a pessoa doente e família/entes queridos com necessidade de cuidados paliativos atendendo as competências de enfermeiro especialista com gradual grau de autonomia

📖 Compreender o processo de comunicação entre profissionais e doente/família no sentido de promover um ambiente propício para o desenrolar de cuidados em fim de vida de forma humana e ponderada, atendendo às necessidades das pessoas e aos objectivos dos profissionais

📖 Conhecer a influência da tomada de decisão e do trabalho em equipa, enquanto processo de otimizar o processo de assistência à pessoa doente com necessidade de cuidados paliativos

Senti necessidade ter um componente prático nestes objectivos que me permitisse contactar com a realidade, promover o envolvimento com a equipa de enfermagem e restantes profissionais, mas também conhecer e entender o que é a pessoa que necessita de cuidados paliativos e toda a envolvente relativamente à sua família, amigos, colegas e todos os que estão lá para a pessoa. Como a comunicação é essencial para lidar com todos os actores, incidi uma parte do trabalho em aprofundar esta questão da comunicação e em especial de más notícias. Neste contexto pude aprofundar teoricamente questões relacionadas com a comunicação, estruturar o processo de comunicação ideal para lidar em serviços de saúde, mas acima de tudo ultrapassar uma postura que manifestava em processo de gestão de silêncio. Por ser uma área onde existem temas complicados de lidar do ponto de vista ético, moral, legal e com implicações para os cuidados prestados, escolhi criar uma base de trabalho entre os aspectos da decisão e do trabalho da equipa, no sentido de perceber e conhecer como se pode articular opiniões e gerir conflitos derivados dessas opiniões e decisões.

Quanto à aceitação destes objectivos foi positiva. Houve por parte da direcção do serviço, num contacto precoce em Abril de 2010, e posteriormente com a chefia do serviço um processo de escuta, crítica e aceitação quanto às ideias apresentadas. Além disso, com o decorrer do estágio, senti que todos os elementos apoiaram e ajudaram ao alcançar dos objectivos. A interacção com esta equipa, pequena mas muito motivada e desperta para a sensibilidade da palição foi essencial para transmitir essa mesma motivação para mim e incentivar à conclusão e melhoramento das actividades propostas, e competências desenvolvidas.

2.2.2. Competências desenvolvidas

Tendo por base os mesmos documentos para a elaboração das competências para o estágio e vida profissional (DL nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelo DL nº 412/98 e o DL nº 411/991991; DL nº 248/09 de 22 de Setembro; OE, 2010; UCP, 2010), foram apontadas, para algumas competências específicas, acções e atitudes a desenvolver para que acabasse o estágio na UCPSBM com o sentimento de ter crescido profissionalmente para a enfermagem.

Na obtenção do título de especialista deve haver um apoio num conjunto de atribuições práticas e teóricas que permitam elevar as nossas capacidades de atender a pessoa que necessita de cuidados e, neste caso, em situação tão extrema como o fim de vida. Com este sentido estas foram as competências mais evidentes num conjunto existente em que houve crescimento transversal a todas:

📖 Desenvolver uma prática profissional e ética no âmbito dos cuidados paliativos, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

📖 Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas

📖 Especificamente cuidar, assistir e acompanhar as pessoas e famílias no seu processo de cuidados paliativos, nas diversas fases do internamento

📖 Desempenhar papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas, assim como na colaboração de programas já existentes

📖 Recorrer a um conjunto de recursos para desenvolver autoformação para uma prática mais especializada, atendendo à experiência profissional adquirida

📖 Avaliar as necessidades encontradas e desenvolver capacidades dos elementos inseridos nos cuidados (profissionais, pessoa doente e família)

📖 Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação de necessidade de cuidados paliativos

📖 Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Estas balizas aqui enumeradas servem para que, de forma consciente, consiga ultrapassar as limitações e desconhecimentos até agora existentes. Baseando-me nestes guias, obtive a garantia de percorrer um caminho seguro e sustentado, superando as dificuldades e desafios que iria encontrar. Considerando as competências como desafios naturais na progressão de um profissional, no final estas tem de ser reconhecidas pelos nossos pares, como atitudes presentes que promovem não só o nosso crescimento, mas também dos que nos cercam. Resta descrever como este processo foi feito.

2.2.3. Actividades realizadas

Para intervir de forma adequada e objectiva num serviço, facilita possuir um conhecimento basilar do mesmo que servirá para aplicar as nossas ideias e propostas de actividade. Para este delinear de actividades contribuíram os conhecimentos adquiridos ao longo de anos de cursos e anos de práticas. Foi com base numa estrutura assimilada pela aplicação de processo de enfermagem em que através de uma identificação, estabelecimento de necessidades, planeamento da acção, a sua implementação e análise final, fiquei intimidado quando nas primeiras duas fases encontrei um vazio. Sei que tinha realizado trabalho de

pesquisa prévio, mas não estava preparado para encontrar um serviço com o qual fiquei magnetizado pela forma como se trabalha e que não possuía problemas e necessidades evidentes que necessitassem de intervenção. Mas felizmente esta situação foi ultrapassada pelo treino adquirido e sedimentado de identificação de incidentes críticos.

O tempo de contacto com a UCP foi excepcional, desde o momento que cheguei e fui recebido até à forma como acabei o estágio. Fiquei mais motivado pelos desafios que se levantem de forma mais inesperada. Se muitas vezes acontece termos demasiados factores que indiciem acções e actividades, o contrário torna-se também complicado, isto do ponto de vista de um aluno. Mas a situação foi ultrapassada. Só foi preciso algum tempo. Assim, para o percurso do estágio, estão enumeradas as actividades e formas de avaliação, desde as questões mais práticas de pesquisa bibliográfica e participação na prestação nos cuidados de enfermagem, até à apresentação de trabalhos, ideias e alternativas para equipa de enfermagem (e não só), e um tema que surgiu e foi transversal ao meu percurso na UCPSBM, a ELA.

2.2.3.1. Prestação de cuidados

Cedo percebi que a minha prestação na UCPSBM não iria ser tão simples como alguns colegas referiram quando lhes disse que tinha optado por este campo de estágio. Apesar de preparado para o que seriam cuidados paliativos, fiquei agradavelmente surpreendido pelo que significa exercer em cuidados paliativos. Após estudar e ler assuntos relacionados com esta área, surgiu uma certa apreensão pela forma como iria encontrar um campo de estágio que (pensava eu), a título prático não teria muito de novo e de diferente, mas simultaneamente que permitiria lidar com situações de cuidar na sua forma natural.

Rotulado, à chegada, afectuosamente como o “Homem das máquinas”, aludindo ao facto de trabalhar em cuidados intensivos, também demonstrei que estava preparado para o serviço considerado mais humano. Apesar das diferenças entre estas duas valências, sempre assumi que havia uma ponte entre estes dois serviços porque acredito que o cuidar praticado é transversal aos cuidados intensivos e paliativos, apenas com objectivos diferentes baseados numa questão de mentalidades. Cabia-me a mim estabelecer essas pontes e identificar as áreas comuns que poderiam ser trabalhadas humanamente e tecnicamente.

No decurso do estágio levantou-se um receio algo inesperado, criado em torno da abordagem dos casos das pessoas internadas, possuidoras de determinadas informações que foram previamente trabalhadas por colegas e profissionais. Este trabalho gradual é feito desde o momento da admissão planeando-se todos os passos que levam ao processo de informação da situação clínica e dos resultados encontrados. De repente deparei-me com uma situação em que mesmo uma informação pontual poderia por em causa, parte do processo de construído para a pessoa doente. Este foi um bom desafio e consegui moldar-me bem ao que significa um processo de transmissão de informação sustentado e gradual, devidamente adaptado à pessoa. Não era algo que estava habituado a realizar na UCIP, pois estou mais

habituação a agir para o momento. Na UCPSBM denota-se um trabalho gradual de trabalho, de informação, de confiança, de decisão que é diferente, e mais salutar conhecimento e individualização da pessoa doente. Uma situação em que a simples transmissão da chegada de um resultado de exame, por parte de uma colaboradora, provocou momentos de ansiedade e desconstrução de um processo de confiança criado entre os profissionais e a pessoa, fazendo recuar alguns passos um processo de integração dessa pessoa doente na UCP. Mas fica mais uma vez o louvor pelas atitudes tomadas e a política de verdade existente que retomou em grande parte o que tinha sido perdido por aquela (aparente) inocente acção.

Esta situação levou-me a auto analisar que poderia ter aspectos relacionais, de lidar com as pessoas doentes, em falta. E em particular com esta fase de viver, sendo um período muito sensível e frágil da pessoa e a sua adaptação/constatação do limite da sua vida. Atemorizou o facto de ser confrontado com diálogos e posturas que nunca tive de enfrentar directamente com a pessoa em causa. Mas tudo se ultrapassa, e quanto a mim bem. Com apoio da equipa e algumas reflexões pessoais, pude estar num serviço onde aprendi muito sobre a natureza humana e como lidar com estas situações desde o silêncio às estratégias de comunicação indicadas. Apesar de ser mais aluno que profissional, consegui dar a volta a situação com empenho e participação activa para com os desafios propostos e pesquisa bibliográfica com livros de referência vários, entre os quais BARBOSA (2010) e SFAP (2000).

A postura e forma de cuidar foram recompensadas, tal e qual como no SU, com a hipótese de colaborar com alunas do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal. Estive numa posição desafiante pois tive de puxar por mim em áreas que extrapolam o meu lado mais técnico (e que tem maior incidência nas minhas orientações em cuidados intensivos). Desta feita tive que adaptar a experiência enquanto orientador de alunos do segundo ano do curso de licenciatura, que explora mais a essência do cuidar em enfermagem, numa percentagem diferente das questões técnicas. Com estas futuras colegas fiz um trabalho mais específico com a vertente da palição e foi, certamente, uma experiência frutuosa para ambas as partes. Afinal éramos alunos e isso criou uma cumplicidade natural. Também houve momentos em que pude estar com colegas com menos tempo de serviço e de cuidados paliativos, criando laços que foram produtivos no sentido de aperfeiçoar a supervisão de profissionais, apercebendo-me de situações problemas devido á intensa carga emocional que se vive na UCPSBM e tentando resolver essas mesmas situações em parceria com a restante equipa.

Como ferramenta de apoio para identificação de incidentes críticos, a par do que realizei no outro campo de estágio, elaborei para cada turno, resumos de situações que considere mais relevantes e analisei com base numa óptica estratégica e de decisão, apontando aspectos positivos e negativos, observando oportunidades e ameaças como forma de obter indícios de intervenção. A análise diária do estágio permitiu que de forma gradual, e atendendo a um conjunto de observações formalizadas, pudesse perceber e ponderar acerca do que poderia mudar ou intervir para a mudança. As sugestões delineadas logo após o turno

foram importantes para direccionar e otimizar os recursos que necessito para concretizar os aspectos práticos do projecto. Em anexo fica um excerto desse documento (ANEXO XIV).

A elaboração de reflexões continuou a ser uma boa estratégia permitindo aprofundar conhecimentos e analisá-los objectivamente. Desta vez baseei-me nos quatro pilares para os cuidados paliativos, a saber: Apoio à família, Comunicação, Controlo de sintomas e Trabalho em equipa (ANEXO XV), e elaborei uma reflexão final de estágio (ANEXO XVI). Tive em atenção que estava a exercer num serviço cuja filosofia é muito especial, e como tal pretendi adequar aos fundamentos teóricos estudados as questões práticas experienciadas. Estas reflexões descreveram o que encontrei e senti sobre determinadas situações que presenciei e vivi durante este estágio, como se de uma fotografia se tratasse. No final penso que foram determinantes para que pudesse fazer uma integração mais facilitada e contribuiu para a supervisão acima referida. Estes exercícios são difíceis de serem incutidos, pelo teor algo pessoal que acarreta, mas são muito úteis para o desenvolvimento da pessoa e, por arrastamento, do profissional fazendo pensar no que realmente queremos como enfermeiros e os caminhos que estão à nossa frente para percorrer.

Todas estas acções foram convergindo para uma postura cada vez mais segura e participativa. Um dos frutos desta mudança de atitudes foi visível na participação activa em conferências familiares que foram presenciadas nesta prática clínica. Apesar de ter tido a oportunidade de assistir a duas, a diferença entre elas foi notória. A primeira ocorreu numa fase inicial do estágio, assumindo uma postura mais receptiva do que participativa. Pude constatar as nuances que estão implicadas neste processo para fazer aceitar e perceber as posições de cada uma das partes envolvidas, pois acho importante o facto de haver uma moldagem das regras e formas de actuar neste serviço, e nesta área do cuidar. Na segunda conferência já pude participar de forma mais activa onde, apesar de não a conduzir, pude envolver-me com as pessoas que participaram e assim perceber a importância que a preparação prévia destas reuniões tem para o seu sucesso e como pude por em prática em situação real, no meu serviço, como foi relatado na reflexão.

Por em prática o que se estudou no mestrado foi gratificante. As questões levantadas pareciam distantes e por vezes ilusórias mas a realidade afastou este cenário permitindo ver o quão importante é a nossa presença num serviço de cuidados paliativos. Em jeito de desabafo, parece que a enfermagem é mais valorizada quando cuida pessoas em fase de início de vida e no fim de vida, mas são estes contactos que nos fazem fazer valer a nossa posição noutras fases do ciclo de vida. As questões da prática e a filosofia existente são, se quisermos, adaptáveis e adoptáveis em serviços de internamento (médicos, cirúrgicos, de certas especialidade). Basta ser proactivo e ter mais confiança nas nossas capacidades de cuidar e enquanto profissionais de saúde. Era o que eu tinha em falta e adquirir.

2.2.3.2. Comunicação de más notícias

A abordagem comunicacional a pessoas que necessitam de cuidados paliativos requer uma sensibilidade particular. O “trabalho” de comunicar e estabelecer relações permite, inicialmente, informar sobre o prognóstico ou diagnóstico de uma doença de forma pertinente e gradual, ajustando a informação ao seu estado particular. Esta pode fazer a diferença entre o estabelecimento de um percurso de internamento adaptado e ameno, ou um desajustado e patológico. Desde o que se diz, como se diz, quando se diz, a quem se diz ou o simples não dizer nada, são partes de um processo que aparentemente parece simples, mas neste caso está longe disso. A adopção de uma ferramenta que permita estabelecer uma comunicação mais eficaz e correcta é útil para cuidados paliativos devido à abundância de situações comunicacionais difíceis que ocorrem, sendo o protocolo de Buckman (BUCKMAN, 2005) para a comunicação de más notícias é uma dessas ferramentas.

Tem a vantagem de identificar fases importantes para que se consiga estabelecer um nível de diálogo óptimo, de uma forma gradual, honesta e individualizada para com a pessoa doente e família. Considero que para além de más notícias, este protocolo permite fazer uma reflexão do que devemos atender quando estamos a comunicar, mesmo que as notícias sejam boas. Frequentemente ocorre, quando existem notícias ou boas notícias, a vontade de transmitir ou protagonizar o acto de informar de forma algo leviana e não trabalhada. Considero que mesmo nestas situações deve ser equacionada quanto aos timings e fases do protocolo de Buckman. Na minha experiência profissional sinto esta postura de querer informar das boas notícias, mas nem estas devem ser lançadas sem uma reflexão prévia. Aparentemente o que pode ser uma boa notícia para nós, poderá não o ser para outro.

Ao abordar este tema como objectivo de estágio pretendia aprofundar e compreender o processo de comunicação entre profissionais e doente/família, para que esta intervenção seja propícia para o desenrolar de cuidados em fim de vida de forma humana e ponderada, atendendo às necessidades das pessoas e aos objectivos dos profissionais. Mais uma vez recorri a uma pesquisa bibliográfica direccionada para o tema da comunicação, onde houve uma incidência no processo de comunicação de más notícias, assim como procurar participar e intervir nas conferências familiares ou noutras reuniões sempre que pertinente e com supervisão da enfermeira orientadora. Por ser um campo rico de conhecimentos, também pretendi elaborar um documento facilitador para a comunicação de más notícias direccionado para aos formandos de estágios de cursos de saúde na CSI, que é um local bastante frequentado do ponto de vista de formação de profissionais de saúde e profissionais colaboradores para a saúde.

A elaboração de um trabalho escrito que sirva de referência para alunos estagiários da licenciatura e de guia para as conferências familiares, foi a forma pertinente de formalizar a questão da comunicação, incluindo este tema como apêndice teórico no trabalho realizado sobre a ELA, como se pode ver em anexo (ANEXO XVII). Ainda pensei em elaborar um instrumento de visualização mais abrangente (em formato de poster ou cartaz), mas não foi

operacionalizada pois apesar de ser uma ferramenta útil para estabelecer cuidados, a sua aplicação visual seria uma má estratégia. A inclusão desta temática num trabalho onde a sua utilização será frequente foi a melhor opção e decisão.

Ainda pude adaptar as minhas respostas a outra situação, derivada dos processos de comunicação, que é o silêncio produzido numa relação terapêutica. Muitas vezes incómodo e presente, tinha frequentemente a necessidade de quebrar o silêncio pela sensação desconfortável que daí emanava. Nesta experiência clínica pude desenvolver estratégias interiores (como o saber esperar e racionalizar o silêncio) para que o pudesse suportar melhor e aproveitá-lo como forma de cuidar. Frequentemente ocorria a quebra de silêncio por parte da pessoa doente e conseguia-se aproveitar momentos e dados importantes para compreender a pessoa e as suas angústias. Não foi fácil mas foi proveitoso, nem que fosse para assumir que estou capaz de lidar com situações deste calibre muito melhor que antes do estágio e assim já não tenho a sensação de constrangimento que ocorria frequentemente.

A unidade de cuidados paliativos confirmou-se como um local ideal para desenvolver estas competências de comunicação, nas diversas vertentes para com a pessoa, a família e entre profissionais. Houve muitos desenvolvimentos da minha parte e foi seguramente o que pretendia como objectivo profissional neste campo de estágio. Estas mudanças de atitudes obtidas com a participação nos estágios são tão mais importante como se veio a verificar com uma percepção nas minhas capacidades de comunicação para com os familiares de pessoas doentes em fase terminal. Isto pude constatar durante numa experiência vivida na UCIP onde pude aplicar os conhecimentos obtidos na prática e que sei que estavam presentes em mim e foram desenvolvidos ao longo dos anos em cuidados intensivos, mas que finalmente puderam tomar forma e ser coerentes como se exige a um profissional perante uma família que pretende viver os últimos momentos com o seu ente querido. Neste caso percebi que podia de forma sistemática e ponderada comunicar e estabelecer uma relação própria para uma família cujo momento de perda se encontrava prolongado e a desestruturar. Com interiorização de novas competências pude assistir aquelas pessoas numa situação de necessidade de cuidados paliativos inserida num ambiente de cuidados intensivos, e promover cuidados que respeitam os direitos humanos básicos, assegurando sempre o comprometimento profissional para com os outros utentes e profissionais (através de um trabalho em equipa).

2.2.3.3. Decisão

Um dos pilares nos cuidados paliativos fala do trabalho em equipa e este é um tema que, infelizmente, não tem sido o mais pacífico na minha experiência profissional. Basicamente acho que há falta de diálogo e conseqüentemente, fica apenas o mínimo e indispensável para cuidar das pessoas doentes. Quero dizer que as decisões são tomadas pelo elemento hierarquicamente e culturalmente do costume, o médico, e raramente se admite a participação de outros profissionais. Foi por esta razão que assisti e participei com agrado às reuniões interdisciplinares que se realizaram à sexta-feira e quase que tive de reaprender e confiar num

trabalho em equipa muito estimulante e próximo do que considero ser o ideal para o funcionamento de equipas em cuidados de saúde.

Esta forma de estar nas reuniões deriva muito da postura de liderança que cada um dos protagonistas adopta e desenvolve. Assume-se um papel profissional distinto, assume-se a importância da participação de todos os profissionais e colaboradores, assume-se que por vezes as decisões têm de ser mais autoritárias outras mais democráticas, mas sempre em prol da pessoa doente e familiares. Assumir este nível de parceria com uma “injecção” de motivação para todos os intervenientes parece ser a receita fundamental para um trabalho em equipa saudável. Nesta situação verifica-se a diferença entre chefia e liderança, entre a responsabilidade hierárquica e a capacidade de inovar, estimular e transformar.

As reuniões interdisciplinares tinham a vantagem de contribuir para uma visão global da pessoa doente e da sua situação patológica. A partir deste pressuposto utilizávamos um instrumento denominado PII, onde se estipulavam necessidades/pontos fortes e estabeleciam objectivos e prazos, optimizava-se os cuidados a realizar. Actualizado nas reuniões, é o guia de actividades e uma ferramenta que regula eventuais desvios identificados no processo de internamento da pessoa/família. Ainda sem estar em grande contacto com os PII, elaborei alguns a título individual para depois serem debatidos nas referidas reuniões (ANEXO XVIII) e penso que a iniciativa foi bem aceite pois consegui identificar as principais situações chave a intervir. O resto do trabalho foi aferir de forma construtiva, e atendendo a cada caso, à luz da experiência dos profissionais da UCPSBM. Foram seis as reuniões em que participei. Destas optei por resumir e reflectir sobre os eventos de quatro pelo teor de situações, decisões e acções dela resultante (ANEXO XIX). Durante estes dias verifiquei a presença constante e participação de diversos profissionais e alunos de forma agradavelmente estimulante. Muito motivador e de se replicar nos serviços, em particular no meu.

Pude intervir activamente. Isto foi motivador e demonstrador das vantagens que este tipo de reunião tem para conseguir actos de cuidados ideais para as pessoas. Pela reacção obtidas durante as reuniões e o interesse demonstrado pelas ideias introduzidas, pude constatar que a influência de apresentar evidências científicas (como a ventilação domiciliária em casos de ELA) ou terapêuticas complementares à saúde (como a prática de Reiki) são factores que introduzem uma mudança que pode ou não desenvolver, mas que certamente fazem pensar e põem à disposição novos argumentos e novas linhas de orientação que podem ser (re)utilizados no futuro em determinados casos conforme as necessidades.

Estes momentos e reuniões permitiram-me concluir a importância da área da decisão e a sua importância para as UCP e serviços de saúde. Após a confirmação de um diagnóstico e da certeza de se necessitar de cuidados paliativos, ocorrem um conjunto de momentos onde a decisão e a indispensabilidade de optar estão presentes. Isto a nível profissional (consideravelmente antes da própria formulação do diagnóstico), assim como a título pessoal e familiar. Uma vez instituído a necessidade de cuidados paliativos, este processo deve ser realizado o mais precocemente possível, além de ter de se assegurar uma continuidade ao longo da vida da pessoa afectada, com avaliações periódicas, da manutenção das decisões

tomadas no início do processo, ou se houve alguma mudança de ideias. A decisão torna-se algo transversal a todo o processo de palição. O importante é manter o processo de decisão e a própria decisão de forma coerente, gradual e pacífico, para todos os envolvidos desde início até após o óbito.

A tomada de decisão é um capítulo que deriva de tentativas de otimizar recursos humanos e obter eficácia e eficiência em áreas como a gestão, ou até perceber as reacções humanas como na psicologia ou de grupos da sociedade como na sociologia (FERREIRA, NEVES e CAETANO, 2001). Para a área da saúde, dos profissionais, das pessoas doentes e cuidados paliativos, também existe um conjunto de directrizes e de assuntos que permite abordar esta questão e aplicar, se possível, alguns dos seus parâmetros para otimizar os cuidados prestados. Desta forma pretendi conhecer a influência da tomada de decisão e do trabalho em equipa, enquanto processo de melhorar o processo de assistência à pessoa doente com necessidade de cuidados paliativos.

As formas encontradas para desenvolver este objectivo passaram novamente por uma pesquisa bibliográfica direccionada para o tema da tomada de decisão com especial incidência na decisão em cuidados paliativos, do papel dos decisores e formas e auxiliares à decisão. Estas leituras foram importantes para a participação activa nas reuniões interdisciplinares referidas, para discussão de decisões a tomar face à pessoa cuidada, assim como para propor instrumentos e guias de informação facilitadores de tomada de decisão para os profissionais e as pessoas doentes.

Quanto a estes trabalhos escritos, adoptei a estratégia de colocar me apêndice no guia de orientação elaborado para pessoas com ELA em cuidados paliativos (ANEXO XX), pois dá visibilidade e importância a um aspecto que foi transversal para os casos encontrados na UCPSBM da CSI, uma vez que estas situações aqui vividas são paradigmáticas quanto ao processo de decisão. A título de exemplo, num dos casos as informações foram possíveis de proporcionar na fase inicial de diagnóstico promovendo um percurso tranquilo, com validações frequentes e pertinentes; já noutro caso, gerou-se uma incerteza quanto ao conhecimento dos envolvidos acerca das suas opções e decisões, gerando desconforto e atrapalhação nos cuidados prestados.

Para além da participação nas reuniões e no apêndice teórico, decidi reflectir e trabalhar o tema da decisão contrapondo duas realidades: cuidados paliativos e cuidados intensivos. Como forma de exposição, elaborei um artigo de divulgação sobre os processos de tomada de decisão, as suas semelhanças e diferenças, as suas aplicações nos dois contextos contrapondo com a minha experiência profissional e a experiência do estágio. Assim pude aprofundar mais o tema da decisão em contextos da saúde e reflectir acerca das minhas experiências profissionais e académicas. Este artigo ainda será reavaliado e posteriormente tenho o intuito de o submeter a avaliação para publicação (ANEXO XXI).

Apesar de ser um tema menos palpável não deixou de ser interessante trabalhá-lo. A área da decisão sempre me foi interessante e permite perceber alguns comportamentos e situações que encontramos nas nossas práticas diárias enquanto profissionais que detêm um

grande domínio sobre um dos aspectos mais sensíveis do ser humano que é a sua saúde. No dia-a-dia é difícil definir acções que são determinantes para o processo de saúde da pessoa, mais difícil parece tornar quando essa pessoa esta na recta final da sua vida. Curiosamente, mas até certo ponto espectável, as decisões mais difíceis de tomar não são tão diferentes das que encontro nos cuidados intensivos, apenas são facilitadas pela inexistência (opcional e natural) de recursos numa UCP.

2.2.3.4. Esclerose Lateral Amiotrófica

A ELA é uma patologia, que em determinado momento da sua evolução, tem indicação para admissão em cuidados paliativos. O seu progressivo e mortal desenvolvimento implica que haja um trabalho de acompanhamento, comunicação, decisão e cuidados esteja devidamente articulado e operacional, para que estas pessoas e famílias obtenham uma qualidade de vida óptima. As limitações decorrentes deste processo evolutivo de doença, onde as capacidades físicas ficam totalmente ausentes e as capacidades cognitivas permanecem intactas, requerem uma actuação precisa e atempada, onde os profissionais de saúde devem estabelecer, de acordo com cada caso, uma estratégia de acompanhamento para algumas das alterações decorrentes da doença, em particular na função respiratória e alimentação.

Este é um dos casos onde o processo de tomada de decisão deve ser precoce e acompanhado regularmente, dando hipótese de manifestação de vontade à pessoa doente de acordo com as hipóteses possíveis. No processo de evolução da doença haverá uma altura em que a capacidade de respirar tendencialmente diminuirá até cessar. Será a altura em que devem estar definidas as decisões tomadas para o uso de apoio por parte de equipamento auxiliar para a respiração (VMNI e posteriormente ventilação invasiva) e eventual traqueostomia. Outro aspecto que deve estar orientado refere-se à dificuldade/incapacidade de deglutir. A certa altura requer-se a colocação de uma PEG como forma de administração de alimentos, isto por ser uma técnica durável e segura. Cabe aos profissionais de saúde e as pessoas doentes a programação de reuniões e consultas, para que se informe de forma faseada e adequada a cada situação sobre as opções que tem a curto, médio e longo prazo.

O desafio de trabalhar estes casos decorreu da presença de dois casos com esta patologia, durante o estágio. Conhecendo esta patologia, pelos casos com que me deparei em cuidados intensivos, abracei com naturalidade o desafio de poder tornar melhor o atendimento destas pessoas doentes e das suas famílias. Para realizar este trabalho tive de recorrer a uma pesquisa bibliográfica direccionada para o tema da ELA, nas suas vertentes patológica e de cuidados específicos necessários para ultrapassar dificuldades que vão surgindo com o desenvolvimento da doença. Pretendia facilitar, aos elementos da UCP, um conjunto de informação e critérios que tornasse mais fácil a recolha de informação direccionada e pertinente para a admissão, e simultaneamente criar um conjunto de medidas para melhorar os cuidados prestados.

Derivado do trabalho realizado e por ser de interesse geral, surgiu um desafio lançado pela da chefe do serviço e pela direcção da CSI, pedindo a participação numa formação realizada no dia 9 de Outubro pela CSI, devido à comemoração do Dia Internacional dos Cuidados Paliativos. Aqui pude divulgar e formar sobre a VMNI e abordar aspectos conhecidos mas não assumidos de aparelhos que potencializam a respiração de forma semelhante a um ventilador mas que pode ser alugado em contexto de domicílio ou de serviços de saúde que o requeiram (ANEXO XXII). Este conceito levantou algumas questões em especial a legitimidade que as UCP têm de manter ou oferecer estas hipóteses terapêuticas para estes casos. Como é da sua filosofia, houve interesse e ficou registado a existência destas hipóteses as quais seriam requisitadas mais informações à indústria do sector.

Sendo um tema complexo, optei por criar um guia de orientação para futuras situações, atendendo a normas estipuladas (OE, 2007). Documento de consulta que transversalmente fala da ELA, desde a patologia à descrição dos cuidados requeridos, focando aspectos como a respiração, alimentação, apoio psicológico, espiritual e o que ocorre na fase terminal. Por estarmos em mudanças face aos registos e formação de diagnósticos em enfermagem, a linguagem adoptada foi baseada na CIPE, com vista a uma aplicação futura desta forma de classificação no serviço. Como já foi referido, incluiu-se neste trabalho, em apêndice, pesquisa bibliográfica sobre a decisão e comunicação. Como forma de manter o trabalho dinâmico deixei no final uma folha para se apresentarem críticas e alternativas para que alguém possa pegar neste projecto e desenvolve-lo atendendo às necessidades e modificações da UCPSBM (ANEXO XXIII).

Por se tratar de um documento de apoio aos profissionais de enfermagem e de interesse para outros profissionais, faltava apresentar algo para os principais interessados nos cuidados, a pessoa doente e sua famílias. Com base em documentos pesquisados, cujo intuito é promover informação para auxílio à decisão, adaptei e reformulei um folheto elaborado por profissionais da Universidade Johns Hopkins (CLAWSON, 2010). Neste encontram-se algumas considerações sobre a VMNI, que não são mais do que possíveis questões que podem ocorrer a uma pessoa a quem é diagnosticado ELA. Para além da informação, considero que este documento pode ser uma ferramenta de desbloqueio sobre assuntos que necessitam de ser abordados. Atendendo à receptividade por parte dos profissionais e reconhecimento pelo trabalho apresentado será uma mais-valia para cuidar pessoas que no futuro apresentem esta patologia na UCPSBM da CSI (ANEXO XXIV).

Pude constatar que estes trabalhos e a forma de os abordar foi muito bem recebida por parte de todos os elementos da equipa. Contribuindo para a aferição de pormenores e de temas a incluir, este processo foi transversal ao estágio e foi relevante para os cuidados daquelas pessoas que estiveram internados nesse período de tempo. Como criador deste documento verifiquei, na prática, alguns aspectos que foram pesquisados: desde a importância da decisão tomada atempadamente (pelo caso anteriormente referido); pela utilidade de conteúdos para os elementos em estágio (da licenciatura e outros cursos de especialização em enfermagem, ou de pós graduações em cuidados paliativos).

2.2.4. Avaliação global

Esta opção por cuidados paliativos revelou-se uma surpresa muito agradável. Por mais que estivesse preparado para este estágio, nada me faria pensar o que iria encontrar na prática, e quando existe uma conjuntura favorável partido da motivação, interesse, acompanhamento e ambiente, entre outros factores, então só pode haver uma avaliação muito positiva. Aqui encontrei uma abertura acima da média para que as nossas ideias e projectos sejam cumpridos, não por ser mais um aluno, mas por ser mais um elemento na equipa. E foi isso que senti. Apoio nas opções tomadas, sugestões e desafio lançados, uma gestão subtil onde se consegue atingir os objectivos idealizados de uma forma correcta, através de uma liderança coerente e de um trabalho em equipa nivelado pela maior horizontalidade hierárquica possível.

Realizando uma análise a factores que contribuem para o crescimento profissional e desenvolvimento de competências só detectei aspectos positivos. Uma boa organização do serviço, bons recursos humanos, materiais e técnicos. Motivação e participação nos cuidados. Interesse e abertura para novas ideias. Capacidade de adaptação a questões difíceis ou novas. Intervenção perante as pessoas doentes e suas famílias. Estabelecimento de limites moldáveis mas existentes. Apoio entre colegas e, se necessário, a nível profissional... Todos estes aspectos e muitos mais são espelho da realidade da UCPSBM, e obviamente, para mim que tive um estágio de 9 semanas envolvido com estas pessoas neste ambiente só posso agradecer ao apoio que senti.

Houve momentos que experienciei, que através de uma interacção cuidada na relação com a pessoa doente e família, em coisas simples como estar um pouco mais de tempo, dirigindo uma palavra certa, um gesto, um silêncio, tinha um efeito retroactivo positivo. E em maior ou menor grau, o “contágio” destas atitudes para com os outros profissionais, colaboradores e estudantes permitem um ambiente de promoção de saúde. Refiro por exemplo a tendência de substituição de funções como na alimentação ou nos cuidados de higiene. Perante cada caso devemos adoptar uma postura de promover que sejam as pessoas os executantes dessas tarefas (sempre que possível) e eu sempre tive isso em conta em especial nos casos de ELA que tive a oportunidade de cuidar. Desde promover o auto-cuidado e colocar as decisões possíveis perante as pessoas e famílias, notei que havia uma maior proximidade e vontade de participação, mesmo num ambiente que o faz de forma excelente. Além de um atendimento prático e com toque de personalização, a interacção e a capacidade de identificar quais as possibilidades de intervenção (pondo em discussão entre os profissionais sempre ponderando as vantagens e desvantagens), são questões que elevam o patamar do processo de cuidados a prestar e que garantem melhores resultados em cuidados paliativos. É sempre um desafio tornar um aspecto mais complexo em algo mais simples e comum.

O trabalho desenvolvido foi de encontro ao que tinha idealizado, embora no início tenha tido alguma dificuldade em encontrar um fio condutor mais visível, ou seja, parti para o estágio com a ideia de ter que criar algo e apresentar em forma física. O peso de ter de criar um

documento foi um factor que a nível pessoal me desorientou. Mas, com o apoio e supervisão já referidas, rapidamente encontrei o caminho mais correcto para atender os objectivos e competência que pretendia atingir, participando e elaborando o trabalho descrito. As apostas projectadas foram, quanto a mim, correctas e acertadas, e atenderam as necessidades do serviço e aos meus objectivos. As estratégias na escolha dos temas, da forma de apresentar, a participação nas reuniões e trabalho desenvolvido foram todos impecáveis.

Mas há algo tão importante como o ter atingido o proposto para um estágio. É o facto de ter novamente aperfeiçoado o papel da intervenção perante situações complicadas com o apoio de uma equipa. Houve momentos descontraídos em que a equipa permite algum escape da intensidade emocional do serviço, houve momentos sombrios onde as emoções em conjunto com o inesperado fizeram sobressair competências que até eu não sabia que as tinha. E é isto que enalteço. A capacidade de me ter tornado melhor, não com o sentido de ter que ser melhor, mas sê-lo para bem de todos com quem lido desde as pessoas que necessitam de mim até aos colegas com quem lido, profissionalmente e pessoalmente.

3. CUIDADOS INTENSIVOS

Um dos módulos obrigatórios no curso de especialidade médico-cirúrgica é a prática clínica numa unidade de cuidados intensivos. A sua inclusão no programa curricular, justifica-se por ser uma área onde a componente médica e/ou cirúrgica é aliciante pelas intervenções e cuidados prestados. Fazendo a ponte entre o passado e o futuro, entre as competências adquiridas em contexto profissional e os possíveis projectos a desenvolver na UCIP, fica uma resenha de alguns aspectos que foram determinantes para a creditação em UCI e os benefícios que poderei promover para o meu serviço.

Exerço em cuidados intensivos desde o fim de 1997, tempo profissional que permittem-me afirmar ter conseguido uma visão global sobre o que significa cuidar em diversas áreas de cuidados intensivos médicos, mas também a humildade de assumir que ainda há muito para aprender e reaprender. Estes são estes incentivos que fazem com que possa estar num serviço ao tempo que estou, sempre com a perspectiva de evitar criar hábitos e apontar para desafios novos e resolvê-los inovando, também com ajuda de um percurso académico. Foi-me favorável a experiência profissional que desenvolvi, assim como os contributos que essa experiência pôde trazer para o curso, os estágios, as pessoas com quem me cruzei e em última instância para mim, mas o peso da responsabilidade de provar que este tempo permitiu criar as bases sólidas para promover um especialista nesta área.

Relativamente a estas contribuições simbióticas, penso que as marcas estão espalhadas e visíveis ao longo deste documento. Da minha experiência profissional para os serviços onde estagiei saliento a minha forma de actuar e observar, procurando padrões de organização e dinamização de equipas grandes e motivadas por uma forma de estar de enfermagem de prática avançada; ou a colaboração menos tecnicista nos cuidados paliativos, explorando uma vertente humana em fases da vida similares às que encontro em certas situações nos cuidados intensivos, desenvolvendo uma enfermagem avançada. Foi uma busca de novos desafios e ideias nestes ambientes. No fundo, estes serviços também possuem o que é necessário para melhorar o padrão de qualidade de cuidados prestados a pessoas que dependem dos enfermeiros para ultrapassar obstáculos que encontram de forma inesperada numa vertente de cuidados intensivos.

BENNER (2005), PHANEUF (2005) e VIEIRA (2007) expõem que as competências adquiridas são mais complexas do que o tempo de experiência profissional e não é apenas a prática que faz a diferença quando toca aos cuidados de enfermagem. Como referi sempre procurei a excelência dos cuidados, e se fortaleci estes com a procura de formação específica para as minhas necessidades, a partir de certo ponto fui eu o criador dessa formação, condimentando com outras experiências obtidas, valorizando o trabalho realizado em cuidados intensivos. Foi uma forma de começar a identificar situações problema e a validá-los com os

meus superiores sobre a sua pertinência. O trabalho desenvolvido foi reconhecido e neste momento sinto-me preparado para ser eu a debater essas necessidades identificadas, visto ter assumido a responsabilidade pela formação em serviço. Eis um primeiro contributo derivado da ampliação de capacidades na identificação e organização de situações formativas diferentes, associado às experiências práticas que surgiram no decurso dos estágios. Simultaneamente há um aproveitamento de situações formativas que poderão contribuir directamente para a melhoria da qualidade de serviço da UCIP.

Esta é uma forma de estar com a qual me identifico. Assumo que os cuidados intensivos são a valência com a qual enfatizo mais, não sendo elitista e autista quanto aos limites desta área de cuidar. Sempre fui apologista de que a utilização de práticas e conhecimentos de cuidados intensivos para outras áreas, e vice-versa é possível, não tendo de ser pautado pela diferença mas sim pela identificação de aspectos comuns e úteis. Há sempre algo a aproveitar das competências adquiridas e conhecimentos mobilizados por mim e pelos meus colegas. A formação em serviço é a face visível de como se pode e deve triar assuntos, evitando exageros de formações descabidas e sem sentido, mas adoptando as mais relevantes para o serviço adequando às suas necessidades tal como preconizo e concordo com VELEZ (2009). Considero a formação como uma ferramenta importante para que um serviço não caia na rotina e armadilha da estagnação.

Nos últimos anos tenho desenvolvido outras competências ao nível da coordenação e dinamização de equipas de enfermeiros no sentido de promover uma dotação equilibrada entre os profissionais de saúde e as pessoas que necessitam de cuidados. Sem ser de forma sobrecarregada, devemos compreender as necessidades constantes de cuidados específicos que as pessoas doentes têm, e agir para os ultrapassar. O facto de ser responsável por uma equipa de enfermeiros jovens, motivados, com vontade de trabalhar e melhorar os cuidados que prestam; usufruindo da pasta da formação como veículo para mobilizar e incentivar os colegas a trabalhos pertinentes e necessários para o serviço; e debatendo com os coordenadores do serviço as estratégias para dinamizar todo o grupo e subir um patamar mais alto nos cuidados, considero que estou numa posição privilegiada de agir.

O aperfeiçoamento de relações e gestão de equipas é algo que, apesar de não ser inato, foi desenvolvido pela prática (da necessidade da organização do serviço) e por formações realizadas sobre este tema e dirigidas para a melhoria desta competência. Estas interações e responsabilidades necessárias para o bom funcionamento do serviço, foram importantes para eu próprio desenvolver alguma proactividade e promover uma participação activa da minha parte e dos elementos que coordenava. Com um estilo de liderança mais democrático e de colaboração tenho obtido êxito e capacidade de gerir as equipas, motivá-las o possível e atingir objectivos comuns profissionais e para o serviço.

Continuando a procura de fronteiras a desenvolver em áreas que são associadas só a técnicas, a valência da palição foi-se tornando mais relevante para os cuidados de saúde na área do intensivismo. Finalmente. Houve uma altura que presumia que se prestavam cuidados paliativos em qualquer sítio inclusive na minha unidade, mas realmente esta ideia foi

preconcebida por um desconhecimento do que significa esta forma de cuidar, uma vez que é complexa requerendo algo mais do que apenas utilizar as suas *guidelines*. É verdade que aqui e ali tem-se atenção a pormenores que requerem atitudes paliativas, mas são dispersas e muitas vezes não são coerentes e constantes. É um espaço que podemos incidir e promover pequenas alterações que aos pouco vão mudando a face de um serviço conotado com tecnicismo, mas que sabe ser muito humano quando tem de ser.

Antes de iniciar a especialidade, a humanização dos cuidados foi um dos aspectos que desenvolvi e que considero ser um projecto importante para manter na UCIP. O grupo de trabalho foi criado há cerca de 3 anos e pretende desmistificar as unidades de cuidados intensivos como ambientes tecnológicos mas humanos. Constituído por profissionais de saúde de várias áreas, existe o ponto comum entre todos de promover uma qualidade de vida para a pessoa que está internada na UCI bem como atenção especial para com a família/entes queridos. As competências aqui desenvolvidas decorrem da capacidade de integração de grupos multiprofissionais e criar um ambiente diferente, mas essencial para que a passagem de pessoas doentes na UCI não seja tão traumático quanto possível. Nesta forma de mudar padrões, desenvolvi capacidades relacionais e de comunicação, estabelecendo vínculos direccionados para a família, visto que numa grande parte do internamento a pessoa doente na UCI terá uma atenção mais focalizada para o restabelecimento fisiológico das suas afecções.

Num futuro próximo as hipóteses de reformular e melhorar aspectos do serviço são imensas. Estas podem ser melhoradas com o recurso e fundamentadas com o campo das ciências de enfermagem, fazendo a ponte entre a teoria e a prática, e explorar os mais recentes documentos científicos na enfermagem. Seja na prestação dos cuidados de enfermagem, ou em áreas ainda não totalmente exploradas como: a gestão (de serviços e de todos os recursos neles existente); formação (área que exploro não só como responsável pela formação mas também enquanto docente colaborador em escolas de enfermagem e cursos de pós-graduação em saúde); em teorias e práticas de enfermagem (com o que se perspectiva de mudanças para a nossa profissão nestes últimos anos); e outras áreas importantes que aparentam não terem afinidade com cuidados intensivos mas como já demonstrei podem ser bastante úteis para os cuidados aí prestados.

Para já, e depois de ter realizado os estágios no SU e UCP, verifico a possibilidade de dinamizar com os profissionais assuntos abordados quer na parte teórica quer pela experiência prática. Um exemplo vem da questão da informação para os cuidados. A par do que foi observado no SU, hoje em dia são muitas as técnicas, material, fármacos e procedimentos que devemos ter em consideração e cuja manipulação menos cuidada pode levar a incidentes e ao erro. Utilizando os recursos informáticos existentes e a garantia que podem ser acedidos pela maioria dos enfermeiros da minha unidade, a utilização destas ferramentas passa pelo acesso rápido aos procedimentos e normas de enfermagem (projecto que teve início após o estágio no SU que neste momento está terminado). O próximo desafio já foi lançado e passa por expor as formações realizadas por todos, na UCIP, assim como há interesse da DSE em divulgar as normas de procedimento em formato digital na plataforma informática do CHLO.

Outro aspecto que considero relevante é a problemática da sépsis. Numa fase de internamento em cuidados intensivos tem cabimento a utilização de escalas que identifiquem o grau de afectação dos órgãos (como a SOFA) através de um conjunto de parâmetros acessíveis e operacionais. A identificação de alterações dignas de registo é um dever dos profissionais de saúde e como somos nós, enfermeiros, que maior tempo e observação temos com as pessoas doentes, poder-se-á antecipar cuidados e tratamentos necessários evitando o agravamento de um quadro que pode ser fatal. A utilização de protocolos e procedimentos conjuntos, elaborados por equipas mistas que estabeleçam as linhas de acção para determinadas situações tipo poderia otimizar os recursos dos diversos profissionais da UCIP, e dinamizar as equipas de forma positiva e construtiva. Secundariamente esta forma trabalho permite dinamizar e promover um trabalho em equipa saudável e muitas vezes necessário para os serviços, onde os objectivos comuns conseguem unir esforços muitas vezes esbatidos.

Mesmo os aspectos técnicos podem ser reformulados através de novas formas de actuar. A aplicação pontual de hipodermoclise em cuidados intensivos. Apesar de não ter um uso generalizado, é uma técnica que merece divulgação e é pertinente para situações de quadros infecciosos onde a cateterização venosa pode ser evitada. Esta técnica será abordada e discutida como forma alternativa de tratamento, mas perfeitamente válida. Além de permitir valorizar o trabalho diferenciado em enfermagem com aspectos inovadores, promove a melhor opção para a pessoa doente, com possibilidade de ultrapassar mais uma dificuldade no processo de restabelecimento da saúde. Pode haver alguns obstáculos iniciais na sua implementação, mas através de evidências comprovadas cientificamente pode ser, a longo prazo, uma alternativa viável na UCIP (MARQUES, 2005).

Sob projectos existentes, e utilizando o trabalho académico desenvolvido, irei dar continuidade à promoção de uma identificação mais objectiva da dor nos cuidados intensivos, trabalhando de acordo com um recente desafio da SPCI (2010). Visto ter feito parte do grupo que impulsionou a utilização de escalas de dor em cuidados intensivos de acordo com um trabalho conjunto com a OE (2008), agora surge o desafio de participar no Plano Nacional de Avaliação da Dor, criado pela SPCI. Numa primeira fase consegui dinamizar e dar a devida importância à avaliação da dor, cujos frutos foram colhidos pela avaliação de auditorias e elaboração de formações com vista a melhorar a qualidade de vida das pessoas afectadas com indícios de dor. Com a introdução da CIPE o projecto ficou desestruturado, pelas excessivas mudanças e dificuldades criadas pelo sistema informático, mas agora pode ser retomado com o projecto referido e optimizado com a utilização de técnicas usadas em cuidados paliativos, através de opções terapêuticas que estão ao alcance dos enfermeiros usar ou sugerir, assim como a adopção de escalas mais recentes e adaptáveis à realidade do serviço.

É difícil descrever e objectivar todas as competências adquiridas/desenvolvidas, mas elas existem e foram bem interiorizadas. Fica o verbo a utilizar a partir de agora com mais ênfase: Intervir. Estas será a acção que, proactivamente fará com que o meu percurso profissional não seja mais do que um longo estágio que requer a mesma intensidade de trabalho e dedicação como dei para estes aqui realizados.

4. CONCLUSÃO

Considero que, para poder ser enfermeiro, para além do investimento teórico e prático que vamos adquirindo e procurando, é necessário ter um ânimo particular que nos permita cuidar pessoas doentes nas mais diversas fases de vida, adoptando atitudes preventivas ou interventivas. Apesar de ser uma profissão, esta é uma extensão do que surge naturalmente entre seres humanos que pretendem dar o seu melhor para os outros, suprimindo as suas necessidades e encorajando a ultrapassar as suas dificuldades, em momentos onde a saúde falha. Actualmente, a enfermagem tem a capacidade de fazer a diferença no âmbito da saúde, adoptando atitudes proactivas, tornadas reais com um melhoramento da capacidade de identificação de incidentes críticos que podem e devem ser intervencionados.

Após este trajecto de 18 meses, com uma carga teórica adequada e pertinente e uma prática clínica direccionada para as nossas necessidades e opções, este curso de mestrado profissionalizante permitiu com que um grupo de enfermeiros de idades e fases profissionais diferentes, adquirissem, desenvolvessem e reconhecessem capacidades, competências e atitudes que, estou certo, farão a diferença nos nossos respectivos locais de trabalho. Simultaneamente, ao adquirir uma capacidade metodológica científica, nós poderemos adoptar uma postura de divulgação, através de canais próprios do meio científico, utilizando reuniões e encontros da especialidade ou através de propostas de comunicações, publicações, posters...

Pessoalmente, ao longo do meu percurso profissional, sempre encarei os desafios como estímulos que permitiram, cada vez mais, ultrapassar-me. O investimento nesta especialidade foi mais uma etapa que me permite ajustar a realidade às novas "lentes" que adquirir, com todos os contributos que emergiram quer da experiência profissional, quer nos conteúdos aprendidos ou revistos no curso, e no contacto com novas práticas e áreas temáticas. Acompanhando um crescimento profissional e desenvolvimento de capacidades técnicas e relacionais, ainda houve espaço para que pessoalmente algo se renovasse e contribuisse para uma interligação saudável entre o espaço pessoal e profissional.

Como foi perceptível, a escolha dos campos de estágio tiveram objectivos concretos para colmatar algumas necessidades, no sentido de melhorar cuidados e conhecer as pessoas doentes em estado crítico. Intervir para que as pessoas usufruam de um serviço complexo e gerador de ansiedade de forma o mais tranquila e eficaz possível; ou entender as necessidades que uma pessoa em fase terminal, desenvolve e reclama, são actividades que permitiram desenvolver uma forma de atender a qualidade de vida necessária para ultrapassar as vicissitudes da doença. Estas intervenções permitiram-me idealizar um projecto e áreas a desenvolver, e sou da opinião que a sua aplicação e adequação foram pertinentes. Após a realização dos estágios e a percepção de ter atingido os objectivos e competências propostas, é motivador e interessante analisar que todo o apoio e atenção obtida durante este tempo não

foi mais do que o reflexo do empenho que dei para este trabalho, e a certeza de que houve algo que permitiu melhorar os cuidados prestados às pessoas doentes, bem como à sua ideia de qualidade de vida num momento de ausência de saúde.

No primeiro local de estágio senti muito essa força, pois a área da dor, a utilização de ferramentas que permitem actuações em enfermagem atempadas e correctas, a introdução de novos processos de intervenção como a VVS, foram questões importantes para a enfermagem, em particular para o SU. Estou certo que estas acções terão impacto positivo na dinamização de novas formas de apresentar e recorrer a informação e identificar questões em torno das necessidades das pessoas que precisam de cuidados de saúde urgentes/emergentes, assim como assegurar mais tranquilidade a quem acompanha e se preocupa com essas pessoas. Isto deveu-se a uma visão externa e treinada que me permitiu desencadear um processo de mudança, sobre algo que lidamos de forma diária (como a dor ou a necessidade de informação rápida) e a introdução de novos mecanismos de atender as pessoas doentes (como a VVS).

Já tinha a noção desta forma de agir ao longo do meu percurso profissional, mas neste primeiro estágio apercebi o valor e influência que uma boa formação tem quando direccionada para perceber as capacidades do potencial humano e técnico, bem como a importância na identificação de problemas, elaboração de objectivos, acções desenvolvidas e avaliação das opções tomadas. Este mecanismo simples é, em última análise, eficaz para colmatar certas situações problemáticas que encontramos nas nossas realidades profissionais. Sendo possível a sua aplicação em contexto prático, como foi verificado, a sua replicação e continuidade deve ser mantida sob um processo de supervisão e orientação profissional com e para os colegas dos serviços. Este sistema embora presente nos serviços de saúde deve ser desenvolvido e apreciado pelos intervenientes como mais uma etapa de crescimento e não como uma ferramenta de avaliação e penalização. O crescimento profissional que se obtém através de uma supervisão cuidada e de uma procura de autoconhecimento é determinante para gerar mais e melhores profissionais.

Na UCP notei a capacidade que enquanto profissionais e seres humanos podemos ter, fazendo a diferença em cuidados e em relações criados num contexto tão intenso. Apesar de ir com uma carga mais teórica do que prática, apercebi que poderia usar o que aprendi e desenvolvi ao longo dos anos de profissão. Através deste saber de experiência feito, ao qual se junta as novas indicações adquiridas durante o curso, pude intervir em áreas que precisavam de sedimentação assim como divulgar, para todos os que participam nos cuidados a pessoas e famílias envolvidas nesta complicada fase de vida, conceitos e práticas para melhorar e intervir na qualidade de vida das pessoas doentes. Desta forma encaro que as áreas tratadas foram as mais interessantes e indicadas para aquela realidade, assim como a forma de as divulgar, criando espaços de discussão em reuniões científicas e a criação de um documento de apoio para um conjunto de profissionais e outros colaboradores que aí exercem.

Apesar de ter incidido numa questão particular como a ELA, não me esqueci dos restantes casos que aí se encontravam, e agi de forma adequada às vicissitudes de situações patológicas, naquele período de tempo, sempre de forma coerente e correcta, sentindo isto

pelas acções realizadas diariamente e pelas respostas que obtive. Encontrar a forma de estabelecer relações profissionais e relações de ajuda é algo sempre presente em enfermagem, mas o que senti ao desenvolver certas capacidades que estavam adormecidas ou pouco desenvolvidas deixou-me muito reconhecido pela passagem por esta experiência e pelas pessoas com quem contactei. Mais ainda pelo facto de poder transpor para o meu contexto profissional os saberes e acções vividas em estágio o que torna real as ideias preconcebidas de unir as práticas de dois ambientes distintos como os cuidados paliativos e os cuidados intensivos. Não forçando as situações, acho que foi o facto de estar mais seguro e conhecedor das situações de contacto, comunicação, decisão e relação que me permitiu intervir no meu serviço e promover espaço de cuidados devidamente especializados, de acordo com as competências que ainda estava a desenvolver. Assim o grau de satisfação e motivação tornam-nos excelentes no que fazemos.

Apesar de este trabalho realizado ter sido produtivo e importante, quer para os serviços, quer para mim, também sei que não os posso considerar como algo terminado. Prefiro encará-los como determinantes para que sejam desenvolvidos, actualizados e reformulados por quem exerce no SU do HSFx e na UCP da CSI, ou por colegas que por esses locais passem e os pretendam expandir. Mais do que querer mudar, foi perceber as vantagens que as mudanças podem ter como componente intrínseca aos serviços, sendo uma aliada para a acção e desenvolvimento no contexto da saúde e dos serviços prestados. Muitas vezes não é o que temos que fazer, mas o como fazer e, mais uma vez, este mestrado permitiu-me fazer pensar “out of the box”, permitiu-me conhecer e desenvolver formas de inovação que, uma vez adoptadas e assimiladas, serão vantajosas para todos.

Considero que grande parte do lucro será para a UCIP visto que receberá um conjunto de informação e formas de cuidar, diferentes mas possíveis. Este trabalho será moroso e prolongado, mas não há problema. Os cuidados prestados na UCIP são, já de si, ideais para aquela realidade. O trabalho que irei (continuar) a desenvolver, juntamente com colegas e outros especialistas terá o objectivo de promover sempre à actualização dos cuidados à pessoa doente em cuidados intensivos e, acima de tudo, não deixar de procurar novos indicadores de situações problemáticas e intervir. Intervir é o verbo que melhor define as mais-valias adquiridas pelas competências de uma especialidade em enfermagem. E é de acordo com esta nova postura que a mudança positiva pode surgir e promover cada vez melhores cuidados e qualidade de vida para quem cuidamos.

Assim aprecio que a aprendizagem não foi somente nos aspectos avaliativos propostos, apresentados e discutidos, mas a uma generalização de disposições inerentes à enfermagem desde os aspectos mais categorizados dos saberes até a confirmação de que as atitudes são essenciais e determinantes para a qualidade dos cuidados prestados, tal como HESBEEN (2000) foca nas suas concepções. Compreendi e verifiquei que podemos ir mais além, sendo proactivo no sentido de procurar e encarar as dificuldades como desafios, e ultrapassar as questões com atitudes inovadoras sem esquecer os contributos existentes e criados por todo um grupo profissional cuja função é cuidar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 ABREU, Wilson Correia de – Supervisão clínica em enfermagem: ensinar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 45 (Novembro 2002), p. 53-57.

📖 ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. Loures: Lusociência (5ª ed.), 2004. 750 p. ISBN 972-8383-74-6.

📖 BALTAR, Maria – **Problemática da tomada de decisão nas chefias operacionais**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, e apresentada na Universidade Católica Portuguesa em 1995. Texto Policopiado

📖 BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de projectos de acção e planificação**. Porto: Porto Editora, 1993. 238 p. ISBN 972-0-34106-8.

📖 BARBOSA, António e NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (2ª edição), 2010. 814 p. ISBN 9789729349225

📖 BATISTA, Pedro – **Os enfermeiros e a tomada de decisão em situação crítica: Aspectos socioprofissionais e bioéticos**. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional, orientada pelo Prof. Dr. Wilson Abreu, e apresentada na Universidade de Évora em 2007. 401p.

📖 BENNER, Patricia – **De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora (2ª ed), 2005. 262 p. ISBN 989-558-052-5.

📖 BUCKMAN, Robert – Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**. EUA: Nova Iorque. ISSN 1548-5315. 2:2 (Março/Abril 2005), p. 138-142.

📖 CARNEIRO, António Vaz – A ciência é um instrumento de apoio à decisão. **Revista Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN 0874-8772. 12 (Junho 2005), p. 37-44.

📖 CLAWSON, L. – **Caring for your lungs while living with ALS**. EUA: Maryland (Johns Hopkins University: ALS Clinic) [Em linha]. 2009, 2 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em http://www.hopkinsmedicine.org/bin/w/c/als_lung_brochure.pdf

📖 CRAIG, Jean.; SMYTH, Rosalind L. – **Prática Baseada na Evidência**. Loures: Lusociência, 2004, 309 p. ISBN 972-8383-61-4.

📖 DGS (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS. Circular normativa, nº9 DGCG de 14/6/2003. [Em linha]. 2003, 4 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

📖 DGS (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE) – **Criação e implementação da Via Verde Sépsis**. Lisboa: DGS. Circular normativa, nº1 DQS/DQCO de 6/1/2010. [Em linha]. 2010, 4 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

📖 DGS (DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE) – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS. [Em linha]. 2001, 60 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

📖 FERREIRA, J. Carvalho; NEVES, José; CAETANO, António – **Manual de psicossociologia das organizações**. Amadora: McGraw Hill, 2001. 658 p. ISBN 972-773-105-8.


📖 GÉLINAS, Céline [et al]. – Pain assessment and management in critically ill intubated patients: A retrospective Study. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. 13:2 (March 2004), p. 126-135.


📖 HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital - Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência. 2000. 202 p. ISBN 978-972-8383-11-4.


📖 KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret Saul – **Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. São Paulo: Editora Nova Guanabara, 2005. 272 p. ISBN 9788527710756.


📖 LOUREIRO, Cândida [et al.] – Integração e orientação dos enfermeiros. **Revista Informar**. Lisboa. 27 (2002), p. 16-22.


📖 MARQUES, Cátia [et al.] – Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. **Revista portuguesa de clínica geral**. Lisboa. ISSN 0870-7103. 21 (2005), p.563-568


 NATIONAL CONSENSUS PROJECT – **Clinical practice guidelines for quality palliative care**. EUA: Pittsburgh, 2009. 90 p. ISBN # 978-1-934654-11-8.


 OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS) – **Dor: Guia Orientador**. Cadernos OE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. 57 p. ISBN 978-972-99646-9-5.


 OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. 2010, 45 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>


 OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. 2002, 16 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>


 OE (ORDEM DOS ENFERMEIROS) – **Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados**. Comissão de Formação [Em linha]. Julho 2007, 12 p. [Consult. a 14/02/2011]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/89_Recomenda%20Manuais%20B%20Pract.pdf


 PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633 p. ISBN: 972-8383-84-3.

 SFAP (SOCIÉTÉ FRAIÇAISE d'ACOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALIATIF) – **Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. Cuidar: ética e práticas**. Loures: Lusociência. 2000. 256 p. ISBN 972-8383-17-7.


 SFAR (SOCIÉTÉ FRAIÇAISE d'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION) – **SOFA (Sépsis-related Organ Failure Assessment)**. [Em linha]. 2011. [Consult. a 14/02/2011] Disponível em <http://www.sfar.org/scores2/sofa2.html>

 SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática**. Loures: Lusociência, 2000. 877 p. ISBN 972-8383-16-9


 SILVA, Abel Paiva – “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55:1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20.


 SPCI (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS) – **Plano Nacional de Avaliação da Dor na UCI**. Lisboa: SPCI. Dezembro 2010. 15 p.


 SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN – **About Sepsis**. [Em linha]. 2011. [Consult. a 14/02/2011] Disponível em <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

 UCIP (UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE) – **Relatório do Serviço do ano de 2010**. Lisboa: HEM, EPE – CHLO, 2010.


 UCP (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA) – **Regulamento geral**. Lisboa: UCP, 2010. 8 p.


 UMCCI (UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS) – **Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos – RNCCI 2011/13**. Lisboa. Dezembro 2010.


 VELEZ, Luísa Serra – Formação em serviço – Uma necessidade ou uma calendarização. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. 87 (Novembro 2009), p. 44-46.


 VIEIRA, Margarida – **Ser enfermeiro: da Compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. 160 p. ISBN: 972-8383-33-9.


FONTES JURÍDICAS

 Carreira de Enfermagem
(Aprovado pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado pelo DL nº 412/98 e o DL nº 411/99)

 Carreira Especial de Enfermagem
(Aprovado pelo Decreto-Lei nº 248/09 de 22 de Setembro)

 Direito de Acompanhamento dos Utentes do Serviço de Urgência do SNS
(Aprovado pelo Decreto-lei nº 33/09 de 14 de Julho)

 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
(Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

 Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
(Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro)

ANEXOS

ANEXO I
**Cronograma referente ao planejamento das práticas
clínicas e elaboração do relatório**

Ano	2010											2011		
	Mês	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Actividades														
Estágio Módulo I – SU HSFX			18	↔	19									
Estágio Módulo III – UCP CSI								27	↔	19				
Reunião com Responsáveis dos Serviços	11 e 16													
Reunião na UCP					18					19				
Elaboração do Projecto e Entrega		↔	15											
Elaboração do Relatório e Entrega			↔											4

ANEXO II
Cronograma para o Módulo I
Estágio no SU do HSFX

Mês	Abril		Maio				Junho		
Semana	18 a 25	26 a 2/5	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 30	31/5 a 6	7 a 13	14 a 19
Actividades									
Pesquisa bibliográfica	◆								▶
Integração no serviço	◆	▶							
Participação nos cuidados e abordagem a pessoa doente/família	◆								▶
Tema "Dor na urgência"		◆						▶	
Tema "Via verde sépsis"					◆				▶
Tema "Protocolo/Procedimentos"			◆			▶			
Participação nas áreas específicas da urgência		SO (28)		Triagem (13)	Pequena Cirurgia (22)		Sala de Trauma (6)	Chefia de Equipa (7)	
Serviço de emergência médica								7	

ANEXO III
Reflexões sobre as práticas vividas em sectores do SU do
HSFX



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão

Sala de Observação do Serviço de Urgência do HSFX

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Abril de 2010

28 de Abril de 2010

A passagem por este sector decorreu da necessidade de conhecer e exercer cuidados perante a pessoa que recorreu ao serviço de urgência e verificou-se a necessidade de internamento mais demorado e com necessidade de uma observação mais cuidada e pormenorizada. Pretende-se como principal objectivo observar a dinâmica de funcionamento, a gestão dos espaços disponíveis e inerente capacidade de tomada de decisão, à qual se acrescentou o exercício prático de colaboração com os enfermeiros do serviço.

Este sector é conotado como sendo o mais parecido com uma enfermaria, e na realidade, pareceu-me ser verdade, mas verifica-se que existe uma agitação maior e a rotação de pessoas doentes é exponencialmente maior também, o que torna os cuidados prestados mais diligentes. Apesar de tudo será o local limítrofe onde a decisão entre o fim de linha no serviço de urgência e o percurso atribulado que se iniciou numa triagem pode terminar, ou então haverá um seguimento para outro serviço, outra instituição.

Neste dia senti uma concentração muito grande relativamente ao tempo que trabalhei numa enfermaria de medicina, ou seja, num dia promovem-se cuidados e tratamentos a um conjunto de utentes que entram e saem, de forma rápida, que necessitam de técnicas para controlo da sua situação clínica, e que precisam de umas palavras para saber da sua situação, de exprimir as preocupações de assuntos que deixaram para lá da porta do serviço de urgência, há pouco, ontem ou até anteontem. Tudo o que se passa num serviço de urgência é mais intenso.

A mais-valia deste sector acaba por ser a sua maior estabilidade relativamente aos outros pois as pessoas ficam um pouco mais que o habitual, e dispõem de cuidados e atenções proporcionais ao tempo. Gostava de distribuir as atenções que dou aqui às pessoas que estão sob os meus cuidados pelas outras que estão noutros sectores de atendimento mais rápido. Apesar de trabalhar num serviço (UCI) onde a comunicação é muito limitada entre os profissionais e os doentes, acho que em alguns sectores da urgência não se aproveita a riqueza de falar e aproveitar as informações que são transmitidas pelas pessoas e que são influentes em decisões a tomar.

Entendo que as competências, de um modo geral, vão se adquirindo em enfermagem com a maturidade e experiência das pessoas, não só da prática mas também das características do local onde trabalhamos. A visão de um profissional com alguns anos de experiência, num dia, num local que não é o seu, torna qualquer

comentário enviesado e de certa forma injusto para uma realidade que existirá depois de passar este estágio. Apesar dos ratios estarem bem distribuídos fica a sensação que seria benéfico para um sector que exige mais de humano que de técnico um ratio adequado do que um enfermeiro para 6 ou por vezes mais, com cuidados de atenção, comunicação e decisão que poderão ser interrompidos pela necessidade de realizar técnicas, exames ou simplesmente “passar o testemunho” para outro serviço sem que se consiga estabelecer uma relação, embora breve, mas necessária para o restabelecimento da pessoa doente.

É necessário perceber a pessoa como um todo e se é difícil num serviço de urgência, mas necessário, então cabe a um espaço adequado como o SO para aprofundar o conhecimento da pessoa que está connosco, sempre que possível. Martha Rogers fala do Homem como um todo unificado e maior que a soma das suas partes e quando ocorre uma alteração num continuum de saúde é aqui que devemos intervir de forma criativa e imaginativa se arranje formas de encaminhar a pessoa de volta ao seu percurso ou pelo menos minimizar os desvios que este incidente provocou.

Não se trata só de iniciar um processo de enfermagem apenas com recolha de dados para serem tratados. Ida Orlando estabelece que para além disso é o início da relação entre enfermeiro e o doente, a interacção que permite uma modelagem entre os dois pontos de vista e um aferimento dessas posições. Aqui é necessária mais interacção mas também mais tempo. E este tempo pode ser útil visto que em SO, a pessoa doente ainda está numa fase de possível recuperação do seu estado não necessitando necessariamente de internamentos noutros serviços, o que torna importante que a observação e resposta dos enfermeiros sejam autónomas e intervenientes no processo de reabilitação.

Bem sei que é difícil organizar e trabalhar num serviço onde reina a inconstância e a permanente mudança. Estou habituado a uma falsa calma em cuidados intensivos. Mas este sector deveria permitir algo mais benevolente para as pessoas, uma vez que aqui pode-se mais frequentemente parar um pouco e dizer “Então. Como se sente agora?”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão

Sala de Trauma do Serviço de Urgência do HSFX

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Maio de 2010

6 de Maio de 2010

A passagem pela sala de trauma tinha como objectivo observar e actuar perante o doente traumatizado, e prestar cuidados diferenciados em situações consideradas ligeiras e colaborar nas mais graves. Estas últimas não ocorreram no dia em que estive escalado juntamente com o orientador, pelo que tive a oportunidade de prestar cuidados a pessoas doentes com traumatismos derivados a acidentes domésticos e de viação, acompanhando o percurso que se desenrola desde que chega a este sector até que é transferido.

Os estudos realizados sobre comunicação e utilização de humor nos cuidados de saúde, e nomeadamente nos cuidados de enfermagem têm forte aplicação nos serviços pois, de forma empírica, obtive a comprovação que em situações de stress (para ambas as partes) existe este mecanismo que actua fisiologicamente e psicologicamente na interacção entre o enfermeiro e a pessoa doente. Subscrevo as palavras da Enf.^a Helena José que elaborou a sua tese de doutoramento subordinada ao uso de humor nos cuidados de enfermagem como uma acção que deve estar integrada nas práticas profissionais dos enfermeiros.

Fiquei satisfeito ao verificar que nesta sala, onde pensava eu que os casos seriam muito complicados do ponto de vista emocional pelos acidentes ocorridos, a boa disposição por parte de algumas pessoas doentes era um factor desanuviador quer para eles (assumindo uma postura mais tranquila e de optimismo perante o ocorrido) e era um factor de comunicação onde podia enquanto enfermeiro prestar cuidados mais personalizados construindo um plano de atendimento e prestação de cuidados com as pessoas, sem recorrer de imediato a medicação promovendo um leve traço de humor que também é analgésico.

Claro está que também houve o reverso da medalha. E as mais difíceis que tive de gerir foram as que senti que, apesar de haver informação transmitida à pessoa e um acompanhamento mais próximo, a incerteza de alguns diagnósticos e demora de exames eram determinantes para o afundamento psicológico, a ansiedade, a depressão da pessoa e da comunicação realizada.

Diagnosticando este sector, parece que estamos num espaço bipolar, e senti que o meu papel ali teria de ser muito cuidadoso quanto aos momentos e tipo de discurso a ter com as pessoas doentes e seus acompanhantes. Aqui aprendi a conhecer melhor as pessoas e a “ler” as entrelinhas de uma linguagem não verbal

pelas expressões. Muito do que se percebe por esta forma de comunicação é por vezes mais importante e verdadeiro que o verbalizado.

Sobressai o que Travelbee revelou na sua teoria ao referir que é necessário ao enfermeiro assistir os indivíduos e família para lidar com a sua situação de desequilíbrio de doença mas que se faça algum sentido dessa experiência nem que seja pela utilização de formas de comunicação que permitam à pessoa reflectir. O ênfase à comunicação pode ser entendido não só como apoio em situações de desespero mas podemos canalizar os aspectos positivos e, sem fomentar falsas informações ou criar expectativas erradas, promover um espaço criativo de cuidados de enfermagem onde a utilização do autoconhecimento e autoperspicácia utilizam terapeuticamente o *self*. A utilização de formas não estereotipadas da interacção entre enfermeiro-doente deixa de ter a conotação de práticas e técnicas típicas e assume a forma de uma relação que beneficia o bem-estar das pessoas ainda mais sujeitas a recentes acidentes e incidentes.

Foi interessante esta experiência. Este dia foi o suficiente para compreender a importância de que uma observação cuidada pode levar à prática de cuidados de enfermagem mais diferenciados e úteis para aquela pessoa. Nada que já não se saiba mas estas experiências relembram estes pormenores.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão

**Triagem e Sala de Atendimento Geral do Serviço de Urgência
do HSFX**

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Maio de 2010

13 de Maio de 2010

Um dos dias de estágio foi reservado para a triagem, com o intuito de observar como se realiza esta diferenciação e decisão entre as pessoas que recorrem a um serviço de urgência e perceber o como se pode decidir entre o apoio de ferramentas informáticas, frias e lógicas, com o raciocínio de um enfermeiro, lógico mas humano.

O atendimento pareceu-me inicialmente muito metódico e sistematizado, como se tratasse de um automatismo onde o computador necessitasse de um enfermeiro para comunicar, mas rapidamente dissipei essa ideia. O que conta é a intuição e decisão do enfermeiro relativamente ao que observa, ao que comunica, ao que conhece da teoria e da prática. Aqui prevalece um grau, baseado no modelo trabalhado por Patrícia Benner de aquisição de competências, ao nível de pelo menos competente mas com capacidade de proficiente, pois existe uma capacidade de maleabilidade e rapidez de decisão. Situações delicadas com implicações éticas e legais tem de ser tomadas e certamente se não houver um discernimento ponderado, rápido e focalizado pode levar a resultados com implicações diversas (como o caso da lesão entre o utente e um funcionário).

Quantas vezes houve uma confrontação entre a cor a atribuir na triagem de Manchester pelo sistema informático a qual não concordava a enfermeira? Muitas, e todas elas bem justificadas. Cheguei a comparar este sistema com o usado pela telemedicina, pelo mecanismo de seguir indicadores e questões delineadas por alguém que não esta presente e que coloca no mesmo parâmetro situações iguais com resultados diferentes, mas a presença física da pessoa doente faz toda a diferença.

É óbvio que não se pode exigir que o sistema faça tudo mas quero vincar que apesar de cada vez mais os nossos serviços estão mais modernos com equipamento informático e programas direccionados para a saúde, não podemos esquecer que eles são apenas ferramentas para a nossa profissão e é a parte humana que prevalece. Segundo pesquisa sobre os métodos de triagem é assegurado que estes são elaborados por profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que atendem às principais questões que se colocam num serviço de urgência e a sua previsão evolutiva. É o melhor que podemos oferecer para atender as pessoa que recorrem a um serviço de urgência mas não deixa de ser limitativo.

A nossa forma de actuar torna-nos os nossos piores opositores, pois atendendo aos objectivos estipulados, exige-se que os atendimentos sejam sucintos e

otimizadas para determinado tempo, havendo como que um contra-relógio desde o início do atendimento até ao seu fim. Estas directivas promovem a meu ver uma diminuição da humanização pois trata-se os casos como peças onde muitas vezes umas palavras, ou mais uns minutos perdidos podem fazer a diferença entre uma tensão arterial alta por ansiedade e a sua diminuição. Mas fazendo de advogado do Diabo é certo que determinados turnos seriam muito difíceis de organizar se não houver um controlo ou indicadores que delimitem o tempo de atendimento.

Pude nesse dia verificar que, embora numa percentagem mínima, o recurso ao serviço de urgência é feito de forma leviana por parte dos utentes, prejudicando as necessidades de uns com os interesses de outros, pois os cuidados que requeriam seriam indicados para os serviços de atendimento primário, a par do que vem descrito nas estatísticas dos recursos do Serviço Nacional de Saúde elaborado pela DGS. Outras situações houve com características diferentes pois as necessidades de alimentação, cuidados e acima de tudo de atenção eram o motivo de ida ao serviço. Verifica-se nestas circunstâncias como o ser humano necessita de interagir recorrendo a um serviço de urgência completar as suas necessidades mais básicas.

Tive o contentamento de acompanhar nesse dia uma enfermeira que devido à sua gravidez, encontra-se neste sector há algum tempo e que apresenta um domínio muito bom da triagem (quer do sistema, quer da relação exigida para lá exercer). Apesar dos tempos de pausa não terem sido muitos, o que poderiam servir para algumas questões, tenho a sensação que aproveitei bem aquele dia e a observação da triagem e do seu funcionamento foi percebido.

Relativamente à sala de atendimento geral não foi um sector que tenha reservado um dia. A minha participação aqui foi mais modesta, pois auxiliei alguns utentes no dia de observação de triagem e estive durante umas horas de apoio noutro dia que estava escalado para a reanimação.

A participação técnica deste serviço associa-se à rapidez com que as pessoas vêm e vão para realizar os seus tratamentos, pelo que apesar de algumas palavras e percepção dos problemas que os trazem lá, o objectivo delas é serem atendidas e irem para suas casas, de preferência aliviadas das mazelas que as fizeram recorrer ao serviço de urgência.

É compreensível, estas posturas e entendo que normalmente é assim pelo que não foi o sector que me tenha causado grande marca.

Pessoalmente e atendendo aos recursos do serviço de urgência, tenho dificuldade em conceber que não haja uma divisão entre o atendimento de adultos e

crianças com trauma, ainda mais com o segundo edifício preparado para obstetrícia e pediatria. Apesar da otimização de recursos, nomeadamente a reunião de ortopedistas num espaço único que atende todas a população de trauma, acho que poderiam separar estas triagens e respectivo atendimento tendo em conta as competências mais específicas que os colegas na pediatria têm.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão

Pequena Cirurgia do Serviço de Urgência do HSFX

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Maio de 2010

22 de Maio de 2010

Apesar do objectivo de perceber o tipo de situações que requerem pequenas cirurgias e agir e observar em conformidade com os princípios de assepsia aprendidos, a passagem por este sector levantava algum desalento pela ideia preconcebida e incutida pelos colegas de que não haveria muito naquela sala. Duas macas, entram pessoas que necessitam de um cuidado especializado por parte de cirurgia geral ou cirurgia plástica, e que a nossa função seria “abrir campos e compressas” (sic). Engano.

As potencialidades de intervir neste sector não são poucas e até são das mais importantes que podem promover um trabalho em enfermagem valorizado e diferenciado. A começar pela infecção. O primeiro caso que atendi nesse dia foi a de um senhor que tinha lesionado a sua mão num instrumento agrícola com envolvimento de estruturas sensíveis (tendões, nervos...). Foi intervencionado ali mas com condições pouco ideais. Não por que não houvesse material mas porque, de uma maneira geral, o atendimento é feito de uma forma despreocupada. Foi sugerido o uso de máscara (aceite) e bata (recusado). São situações destas que necessitam de ser mudadas para fazer valer a posição de defesa para com o doente, uma das nossas competências (de base), bem como um dos aspectos a reter numa relação entre profissionais que o objectivo será a mutua ajuda com vista a levar a cabo os cuidados à pessoa que deles necessita, como insiste Virgínia Henderson.

Ainda nessa situação o aspecto da comunicação. Achei interessante a participação que podemos ter ao envolver toda a equipa numa melhoria dos cuidados ao utente. Foi feita uma anestesia local com uma eficácia inferior a 100%. Verificava-se o desconforto manifestado pela pessoa, até que de uma forma mais vincada iniciei uma conversa com a pessoa, tornando o ambiente onde o doente sofre os médicos falam entre eles e poderia adoptar uma postura mais técnica de apoio, para um ambiente onde a pessoa fica mais calma, onde todos falamos da sua terra e da sua actividade tornando o decorrer daquela intervenção num momento mais humano e menos sofrimento. A um nível micro dos sistemas estipulados por Dorothy Johnson, o stressor desencadeado pelo acidente foi minimizado com um aspecto simples como a comunicação em forma de conversa onde o ambiente estranho, opressor e doloroso da pequena cirurgia à mão foi minimizado também pela abordagem de assuntos que eram do domínio da pessoa e que demonstrou estar à vontade e com gosto em falar deles.

Mas mais situações houveram e outras poderão ocorrer. Esta sala, além da recolha inicial de informação para a triagem, pode servir para perceber o que acontece em determinadas situações de agressão, violência doméstica, abuso infantil. Existe um dossier com informação que direcciona as actividades e preocupações para defesa da vítima, mas temos de ter presente que não é porque lá se contam ferros e abrem compressas que o nosso trabalho é menos importante. Aquela noite foi uma das mais produtivas que tive até à data no SU, e não foi porque tecnicamente fiz x intervenções ou porque puncionei y acessos venosos. Ali consegui aperceber que se houver vontade de promover melhores condições para os cuidados às pessoas, basta querer.

Isto do que depende de nós. Verdade seja dita que não é numa noite que se muda tudo. Ainda se verifica uma postura por parte dos profissionais que promovem uma imagem menos positiva dos cuidados de saúde prestados. Podemos tentar passar a influenciar os cuidados de saúde como cuidados de bioenfermagem em vez de biomédico. Não que eles sejam incompatíveis mas promover a noção de que apesar da pessoa necessitar de cuidados para ultrapassar a condição de alteração da saúde que tinha também pode haver uma atenção de cuidar outros aspectos como a comunicação, as necessidades sociais, culturais em suma a individualidade da situação de cada um. Ter em conta o sistema aberto que é o ser humano como defende Martha Rogers, não indo para as implicações energéticas e de origem espiritual, mas considerar que o objectivo da nossa profissão é promover a saúde e bem-estar das pessoas, e que podemos melhorar a pessoa que necessita de nós através do uso criativo da ciência de enfermagem.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão

Acompanhamento do Chefe de Equipa do Serviço de Urgência do HSFX

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Junho de 2010

7 de Junho de 2010

O acompanhamento de um chefe de equipa era originalmente para encontrar um fio condutor nas metodologias de trabalho desenvolvidas em contexto de serviço de urgência, onde se enquadravam todos os participantes. Com o desenrolar do estágio foi criando-se uma curiosidade acerca do papel que este enfermeiro terá enquanto peça fundamental na organização de um serviço que cada vez mais parecia complexificar aos meus olhos, pois no início a questão era a confusão por falta de prática, agora com um olhar mais filtrado a questão tornou-se que tipo de influencia terá um enfermeiro no mecanismo de gestão de pessoal e material nas suas vertentes.

Num primeiro aspecto verifica-se que mais do que atribuir a elementos por antiguidade ou anos de experiência, o chefe de equipa terá de ser uma pessoa com perfil próprio ou que adquira competências para alterar a sua personalidade nas horas que está ao serviço. Esta função encontra-se no meio de um conjunto de impulsos que derivam dos colegas, da coordenação, de outros profissionais, das circunstâncias do turno, das situações inesperadas... Apesar de não ser dramático, é exigente e ingrato pois parece não ter a visibilidade suficiente para que as pessoas valorizem o trabalho feito.

O título de chefia de turno, quanto a mim implica algo mais do que organização de turnos pois muitas vezes considero que o que existe são responsáveis de turno (que organizam aquelas horas, as distribuições de elementos, de funções, e asseguram o funcionamento), do que chefes de equipa que envolve algo mais como a preocupação profissional dos seus colaboradores e estabelecimento de objectivos e actividades, em equipa, de acordo com uma filosofia e finalidades dessa mesma equipa. A par do que existe na minha realidade profissional houve uma identificação com o papel exercido por estes elementos.

É importante reflectir sobre esta função pois além das capacidades organizativas que tem de existir, a gestão preconizada para o futuro é uma gestão de conhecimentos e competências onde o papel do chefe será mobilizar informação, conhecimentos, experiências e competências para haver uma aprendizagem global no seio de uma equipa e que possa ser “exportado” para as restantes, numa forma recíproca de câmbio de valorização profissional.

Um dia apenas permite aflorar o que se passa na gestão de um serviço da envergadura de uma urgência e das situações que lá se passam, mas apercebi que o facto de ter conhecimentos bem fundamentados sobre o serviço, as suas

características e dinâmicas fornece uma segurança que é transmitida aos restantes elementos e que tornam o responsável como uma figura de referência nos cuidados e no seu planeamento. A postura que se deve ter no momento certo, com as pessoas, e as atitudes que daí advêm é um trunfo que permite ao chefe de turno uma capacidade de influenciar sem exigir o que acha necessário para o bom funcionamento do serviço. A chamada de atenção é algo que tem de ser ponderada e individualizada como um incidente que necessita de ser tratado perante os responsáveis do serviço ou não, de uma forma individualizada e privada. Assim consegue-se ganhar respeito perante os outros exigir respeito recíproco.

Outras situações há que são particulares ao serviço que é grande em dimensões de recursos humanos e que para tornar perfeito uma divisão laboral tem que se ter em conta um sem número de factores que impedem alguém de fazer determinado tipo de serviço, ou incompatibilidades profissionais, ou inexperiência por integração, ou capacidades para executar determinado serviço, ou... Parece de menor importância estes cuidados mas certamente fazem a diferença quando se desenrola um turno onde já chega a imprevisibilidade de situações que vão surgindo.

Arriscava a inserir o serviço como um cliente onde o chefe de equipa é o enfermeiro responsável por avaliar esse sistema aberto e todas as suas vertentes tal como refere Betty Neuman cujo seu modelo de sistemas reconhece uma abordagem dinâmica e aberta que identifica, define e compreende um conjunto de situações, neste caso do serviço, com o meio que o rodeia. Este serviço está em constante mudança ou em deslocação e o enfermeiro será o elemento que vê o cliente como uma peça única pois relaciona todas as variáveis que afectam as respostas do indivíduo.

Se se conseguir atingir uma resposta favorável por parte do sistema, certamente que seremos bons líderes e comunicadores e promovemos um trabalho em equipa essencial ao bom desempenho das funções de cada um com vista a cuidar das pessoas de forma global tal como cuidamos do serviço.

ANEXO IV
Reflexão final de estágio do SU no HSFX



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio I Serviço de Urgência do HSFX

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Junho de 2010

A participação num estágio incluído num âmbito tão prático como a enfermagem envolve a mobilização de um conjunto de competências e conhecimentos dirigidos a um tema que será, em grande parte, novo para mim, uma vez que nunca tive contacto com a área da urgência, e apesar de exercer funções há algum tempo, nunca tive curiosidade de perceber o que se encontra nesses serviços. Deste percurso surge então uma necessidade de conhecer os aspectos essenciais relacionados com o serviço de urgência e o atendimento à população, mas aproveitando a oportunidade de exercer enquanto estudante e contactando com os colegas, filtrando pontos de formação que são novos e outros que conjugam com situações da minha prática de cuidados intensivos.

Nos objectivos que delinee para este estágio, a experiência prática enquanto profissional sobressai, pela necessidade de perceber o que se faz de específico num serviço que atende centenas de pessoas por dia e cujos meios humanos e materiais são limitados. A prestação de cuidados tem particularidades e temas que sobressaem nos diversos sectores de uma urgência o que requer uma capacidade de adaptação a cada um deles. Do pouco tempo que passei em determinadas áreas do serviço apercebi-me de um conjunto de temas que estão relacionados com essas áreas e que são potenciais para um trabalho mais aprofundado dos elementos que lá trabalham ou de futuros colegas que lá estagiem. A visão crítica e observadora que criei com a experiência profissional e com um despertar de competências adquiridas em contexto académico são armas que desenvolvi e sedimentei e permite olhar para um todo e atender a um ponto específico que pode mudar o atendimento aos utentes. Um destes exemplos está descrito numa reflexão sobre a pequena cirurgia onde um sector que tem muito potencial, para criar considerações pertinentes de atendimento, entre os profissionais que lá exercem¹.

Para este crescimento muito contribuíram todos os colegas. É certo que o aparecimento de um enfermeiro, estudante de uma especialidade promove ao princípio uma “resistência” pelo receio de alterações que eu iria criar. Mas aqui três factores foram importantes para este quebrar de gelo: o orientador pela sua forma de liderar e promover um espaço menos formal e tenso que facilita a integração/participação (à qual se associa uma experiência na prestação relevante para o serviço e para o ensino, e o facto de estar em fase de conclusão de uma especialidade); a forma prestável e interessada da Enf.^a Sandra Ponte ao ser um elemento dinamizador e divulgador de trabalho, (em particular de estudantes de

¹ Ver as reflexões elaboradas no contexto específico de práticas em sectores de pequena cirurgia, trauma, SO, triagem e acompanhamento do chefe de equipa

enfermagem) e a ligação promovida com o grupo de trabalho de investigação/implementação da VVS; e a forma como fui conquistando espaço no serviço e com os colegas (numa participação nos cuidados e nas práticas). Esta forma de me apresentar surge como estratégia por estar numa posição de estudante mas também de profissional com anos de experiência e que pode influenciar a relação nós, a par da influência do ambiente de estágio, da personalidade de cada um dos intervenientes, e as noções de cuidar². Tive em conta esta perspectiva de supervisão pois, como foi alertado em introdução ao estágio, esta dualidade de ser enfermeiro e estudante é uma postura diferente de ser apenas enfermeiro ou apenas aluno. O que é certo é que consegui estabelecer uma boa comunicação com todos os elementos de uma forma, quanto a mim adequada, permitindo elaborar de forma por vezes informal (com conversas em tom de brincadeiras, outras de assuntos sérios) diagnósticos da situação do serviço e reconhecer incidentes críticos vários.

Especificamente sobre a prestação de cuidados, houve momentos que experienciei que através da adopção de uma postura no atendimento à pessoa doente e família: com um pouco mais de tempo, dirigindo uma palavra, um gesto, uma atitude, tinha um efeito retroactivo positivo onde alguns colegas também acabavam por promover esse pouco mais de tempo e ultrapassar as preocupações de estar o serviço cheio e caótico e ter tudo para fazer. Considero que estas são contribuições que torna a inclusão de estudantes em serviços numa vantagem para a promoção de espaços e tempos de “contágio” onde os profissionais podem observar e reaprender algumas noções que fazem a diferença entre um atendimento mais prático e outro com um toque de personalização para a pessoa doente alterando ligeiramente o ambiente e fazer, a par do que Nightingale fez, modificar algumas variáveis, funcionar com técnicas como a comunicação e a percepção do não verbal para cuidar aquela pessoa como individuo diferente e único³.

Esta característica de cada um ser único corresponde a uma igual característica de um sintoma que afecta todos nós, a dor. A sua percepção no contexto de urgência foi um dos objectivos que propus trabalhar pois é uma área pertinente para todos os serviços e essencial para urgência. Previamente ao estágio tinha apercebido da sua importância e durante a realização do mesmo confirmei essa importância. O desafio foi o de tornar um aspecto complexo num serviço complexo e agir para mudar algo.

² NUNES, Madalena Cunha. Ensino Clínico de Enfermagem no Serviço de Urgência. *Nursing*, Ano 15, nº179 (Julho/Agosto 2003), p. 26-30

³ ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). Loures: Lusociência (5ª ed.), 2004, 750 p. ISBN 972-8383-74-6

Por ser uma tarefa complicada optei por criar algo que pudesse gerar frutos de uma forma mais subtil e gradual onde a criação de um instrumento de avaliação de dor fosse colocado num sítio estratégico e pertinente. Aqui os condicionantes tempo e criação do documento não esteve a favor, pelo que a implementação do instrumento foi algo tardio e o feedback prático não foi o ideal, pois deveria ter antecipado a realização do instrumento de verificação da dor, visto que a norma até foi elaborada e apresentada com alguma antecedência. No entanto a aceitação do instrumento como pertinente para as necessidades do serviço e a verificação que a sua utilidade podia ser expandida não só para a sala de reanimação mas também para o SO, constatando-se que até podia ser ampliado para outros sectores, foi um contentamento que tive pois esta foi a resposta quer pelas coordenadoras quer por colegas, que pretendia como reflexo do meu trabalho. Ficou o estímulo de divulgar um tipo de instrumento destes e propor a sua realização em contexto de projectos de humanização para os quais colaboram a indústria de saúde.

Este instrumento permitiu-me incluir o principal aspecto numa avaliação de dor que é a universalidade que esta avaliação tem de ter a todos as pessoas que recorrem a um serviço. A par do que é descrito em documentos oficiais da OMS, DGS, OE⁴ tem de haver a consciência de que a dor é um sintoma presente em todas as pessoas e mesmo as que não conseguem verbalizar tem de ser atendidas nesta vertente. Para fundamentar a sua importância, elaborei uma grelha simples de observação onde se verificou que em não é avaliada a dor formalmente, podendo estar ela presente (e identificada). A aplicação das escalas permitiu agir em conformidade através de manobras iniciais de conforto. É um exemplo do que pode ser feito para atender uma alteração importante para o bem-estar de alguém e que é abordado pela transversalidade de referências em enfermagem nomeadamente por Kolcaba e a descrição da necessidade de cuidados de saúde e de conforto para quais os desequilíbrios de diversa ordem, não só fisiológicas contribuem para a exacerbação da dor⁵.

Também senti necessidade de aprofundar assuntos recentes e contribuir para a investigação, gestão, implementação de temas no serviço. O objectivo proposto de colaborar com o grupo de implementação da Via Verde Sépsis decorreu de sessões temáticas em contexto das aulas do mestrado e tive a oportunidade de desenvolver durante este estágio pela necessidade identificada pelo serviço de urgência. A

⁴ Bibliografia inserida no artigo realizado

⁵ ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). Loures: Lusociência (5ª ed.), 2004, 750 p. ISBN 972-8383-74-6

integração no grupo de implementação deste tema permitiu-me investigar que decorre da sépsis e da sua elevada taxa de internamentos, e verificar a importância de uma metodologia de trabalho de grupo entre profissionais da área da saúde. Neste caso a participação foi atempada pois estava a decorrer a elaboração de uma apresentação científica sobre a sépsis e a implementação de raiz de um sistema de via verde para atender as pessoas que necessitariam de prioridade na triagem para cuidados atempados.

Desta forma consegui participar na finalização da apresentação por parte dos enfermeiros, contribuindo com sugestões e uma visão do que se passa posteriormente ao doente com sépsis numa unidade de cuidados intensivos; participei numa reunião com o médico responsável pela implementação desta Via Verde Sépsis onde mais uma vez contribuí pareceres nomeadamente sobre a SOFA, as hemoculturas e decisão de internamento; e por fim assisti ao curso que decorreu da elaboração deste trabalho que me deu satisfação pela realização de um trabalho que apesar de não ter iniciado sinto que será importante para o serviço e para atender as pessoas que são afectadas por Sépsis ou SIRS, tal como descreve a DGS⁶.

Este trabalho contribuiu para um outro objectivo que tinha proposto acerca das metodologias de trabalho em urgência. No início tinha a percepção da necessidade de otimizar e entender o processo de gestão particular dos elementos que funcionam no serviço de urgência, quanto ao seu número, as estratégias de organização, formas de funcionamento, articulação, posicionamento natural face as práticas de enfermagem. Mas percebi posteriormente que a necessidade de mudança e enquanto incidente crítico havia uma dispersão quer de temas por mim concebidos e a complexidade do serviço atendendo a que há muitos sectores, cada um deles com filosofia própria⁷.

De uma forma global, ao nível da enfermagem, verifica-se que há uma tendência para uma prática avançada em enfermagem, onde os conceitos biomédicos são relevados e permite enfrentar as necessidades subjacentes a um serviço de urgência⁸. A minha inicial percepção seria a de verificar a possibilidade de otimizar esta prática, mas a complexidade do atendimento, juntamente com a implementação recente de um sistema informático que alterou as dinâmicas de funcionamento entre os enfermeiros, e entre estes e outros profissionais de saúde, fez com que este objectivo ficasse pela fase de diagnóstico em que verifiquei que uma ligeira alteração no sistema informático permitia uma maior coordenação entre os actos a realizar (pois

⁶ DGS. Criação e implementação de Via Verde Sépsis. Lisboa. Circular Normativa nº1 (6/1/2010)

⁷ Como se verifica nas reflexões realizadas

⁸ SILVA, Abel. "Enfermagem avançada". Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55, nº1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20

se algo não for dado com executado mantém-se visível no sistema o que induz em erro podendo haver duplicação de tarefas, perda de tempo e a ocorrência de incidentes). É um campo que pode ser desenvolvido pela área da gestão de risco. Desta forma através de uma pesquisa sucinta sobre métodos de trabalho, acrescentando directivas sobre comunicação, liderança e gestão de recursos, consegui ter o objectivo de compreender de informalmente as dinâmicas profissionais em contexto prático e de trabalho científico, e treinar mais uma visão de crítica construtiva e adopção de estratégias novas para desafios que se colocam.

Mas o objectivo das metodologias de trabalho contribuiu para promover outras questões que se tornaram desafios como a optimização do funcionamento/acesso a informação (já disponível no serviço) a todos os enfermeiros. Um serviço de urgência também é pródigo a ter mecanismos de condensar informação útil para melhorar as práticas e diminuir possíveis incidentes, pelo que a existência de normas, protocolos, procedimentos e orientações existe mas encontra-se confinado a um dossier, por vezes já desorganizado e muitas vezes inacessível do ponto de vista prático. Atendendo ao factor de haver uma sistematização de informação organizada e ao facto do serviço ter um conjunto de capacidades informáticas muito boa, sugeri a implementação de algumas orientações em formato informático e que fosse de implementação em todos os computadores do serviço. Esta ideia foi bem recebida e consegui reformular/melhorar algumas orientações farmacológicas sobre intoxicação medicamentosa.

Este trabalho permitiu mobilizar um conjunto de acções para conseguir realizá-lo: desde os aspectos práticos decorrentes de experiências prévias e recentes com pessoas afectadas por estas intoxicações ou fármacos a eles relacionados; a mobilização e pesquisa de conhecimentos que permitiram melhorar alguns aspectos de farmacologia e realizar orientações novas acerca de intoxicações por substâncias nocivas; a forma como o trabalho poderia ter a sua visibilidade, pois tive que articular com as coordenadoras de serviço, farmácia e informática para encontrar formas de apresentação do trabalho e o meu próprio crescimento numa área distinta da enfermagem mas que pode contribuir pelas acessibilidades e formas de facilitar o nosso trabalho.

Apesar de não ser um objectivo inicial penso que também houve contribuições para a percepção das metodologias de trabalho em contexto da saúde, e teve a vantagem de ser bem aceite pelo serviço. Apesar da sua realização em formato papel, esta acção peca pelo facto de ter haver burocracias e decisões por parte de outros departamentos (apesar de ter sido feito o contacto não houve respostas atempadas)

pelo que não houve uma implementação a 100% durante este estágio e não puder verificar a sua conclusão, embora a divulgação tenha sido realizada. Houve uma resposta dos serviços farmacêuticos no sentido de incluir estas orientações em página própria do sistema de registo de administração de fármacos (onde se pode aceder aos dados através de uma ligação incluída na página), mas não houve resposta por parte dos serviços informáticos relativamente a criar uma pasta de partilha de acesso imediato em todos os computadores do serviço. Foram feitos telefonemas e enviados mails onde se verificou interesse e disponibilidade mas não foram encontradas soluções imediatas.

Durante este estágio houve contacto com mais incidentes críticos e situações que levantam questões e tornam pertinente o seu aprofundamento teórico. Alguns estão abordados nas reflexões de cada sector por onde passei. Um aspecto verificado numa fase avançada do estágio e que decorreu da capacidade de identificar situações problema, foi a aplicação da Lei nº 33 de 2009⁹ sobre o acompanhamento de pessoas doentes no serviço de urgência. Durante este estágio houve formações obrigatórias para implementar estas indicações mas as questões acabam por ser mobilizadas em contexto informal e é aqui que muitas vezes se pode formar e informar as pessoas acerca de dúvidas e esclarecimentos. Esta aplicação da lei está a provocar alguma agitação pela obrigatoriedade que exige este acompanhamento, mas como eu tive oportunidade de falar, o acompanhamento já existe e é feito dentro das possibilidades do serviço de uma forma natural e coerente. E de facto verifica-se que esta lei apenas vem dar visibilidade a um cuidado que existe em enfermagem de permitir o acompanhamento (e aumento visitas) de pessoas doentes nos serviços de saúde, apenas o facto de estar a ser obrigado a tal é que condiciona a adopção desta nova lei com hábitos antigos. Era um bom incidente para trabalhar mas o tempo também é limitado e não é possível abranger tudo, mas deixei como sugestão ao orientador e coordenadores o trabalho nessa área.

Assim decorreu uma experiência clínica onde globalmente obtive bons resultados das propostas e do trabalho realizado em todas as áreas, apesar de ter que reformular alguns aspectos decorrentes de orientações novas, ideias novas, timings de cumprimento de trabalhos, pesquisas, obrigações pessoais, profissionais e académicas.

Integrei-me, prestei cuidados, interagi com os colegas, outros profissionais, elaborei trabalhos, participei em reuniões... Em todos estes e outros actos adoptei uma postura adequada em que não esqueci o meu papel de estudante, a minha

⁹ Diário da República. Lei nº 33/2009. Lisboa. DR 1.ª série, n.º 134 (14 de Julho de 2009), p.4467

experiência profissional e os objectivos enquanto detentor de um corpo de conhecimentos que tornam um enfermeiro especialista. No início é difícil estabelecer uma divisória, uma fronteira do que é ser especialista, mas percebi que não é de todo diferente ao que faço em serviço, apenas tenho de tomar consciência do que faço e consciencializar-me da sua importância.

Um dos problemas que foi colocado logo de início foi o desafio feito pela tutora em que pediu para provar por que pensava ser o melhor enfermeiro. O que ela pedia era a demonstração do que já fazemos. É necessário valorizar os meus actos, pesquisas, atitudes, conhecimentos e perceber que estou no bom caminho mas é necessário que o fundamente e enalteça, pois assim o crescimento será sempre positivo e poderei contribuir para o crescimento de outros que iniciem na profissão de enfermagem ou que iniciem este percurso de especialização e que estejam perdidos como eu estava no início.

ANEXO V

Excerto e organização de documento de apoio à decisão para o estágio no SU do HSFX

Sexta-feira, 24/Maio/2010 – Balcões. A experiência e a prática permitem que um profissional desenvolva um conjunto de capacidades que deixam os cuidados mais fluidos e organizados. Se no início do estágio parecia um iniciado avançado agora sinto a promoção para um competente seguro e a caminho de solidificar o proficiente. Os cuidados prestados neste local são muito de âmbito prático mas, devido a uma posição de estagiário, verifico a possibilidade de promover interações e momentos que são pequenas diferenças nos cuidados às pessoas. A simples palavra dirigida promove uma calma facilitadora para os cuidados a prestar. Parece simples deslumbramento mas por vezes o mais simples é apenas o que é necessário.

Força: a) Apesar da afluência de utentes verifico que mantêm-se o esforço de atender as pessoas de forma menos mecanizada (facilitado pela presença de alunos)

b) Boa coordenação pelo chefe de equipa e informações atempadas para a transferência de pessoas de sector para sector. É necessário um trabalho de acompanhamento contínuo

Fraqueza: a) Condições físicas não suportam uma capacidade grande de doentes mais debilitados. Para fazer medicação recorre-se a improvisos e a manobras de desvio de pessoas de uns cadeirões para outro ou de lugar de maca para outro

Oportunidade:

Ameaça: a) O desajuste entre as informações que estão no sistema informático e o que falta realizar merece uma atenção especial para coordenar melhor os trabalhos a realizar (deveria haver um método de identificação transitório das actividades a fazer)

Observações: Sobre a VVS falei com Enf.^a Sandra que me mostrou rapidamente o que está a ser começado e o que se pensa fazer. Fica de me enviar por mail alguns documentos sobre a formação a realizar. Querem demonstrar um caso prático e percorrer os passos desde a triagem até ao fim do percurso da VVS

ANEXO VI

Grelha de observação para a utilização de escalas não verbais na dor no SU do HSFX

Data	Secção	Nº de doentes	Nº de doentes com critérios	Doentes com Dor	Score/Escala	Nº de doentes com critérios noutras secções
domingo, 18 de Abril de 2010	Balcão	NA	NA			NA
quarta-feira, 21 de Abril de 2010	Balcão	NA	4	0		
sexta-feira, 23 de Abril de 2010	UDC	10	2	1	4/BPS	
quarta-feira, 28 de Abril de 2010	SO	15	3	1	4/BPS	
quinta-feira, 29 de Abril de 2010	Balcão	NA	6	1	4/BPS	
domingo, 2 de Maio de 2010	Reanimação	4	3	0		5 (Balcões)
quinta-feira, 6 de Maio de 2010	Reanimação	1	0	0		3 (Balcões); 1 (SO); 1 (Trauma)
sábado, 8 de Maio de 2010	Reanimação	6	3	1	6/BPS	2 (Balcão); 2 (SO)
segunda-feira, 10 de Maio de 2010	Balcão	NA	3	0		2 (SO); 1 (UDC)
quinta-feira, 13 de Maio de 2010	Triage	NA	5	0		
segunda-feira, 17 de Maio de 2010	Balcão	NA	8	1	4/BPS	
segunda-feira, 19 de Abril de 2010	Reanimação	6	1	0		1 (Balcões)
sábado, 22 de Maio de 2010	Pequena Cirurgia	10	0	0		3 (Balcões); 3 (SO)
segunda-feira, 24 de Maio de 2010	Balcão	NA	2	0		2 (Reanimação)
quarta-feira, 26 de Maio de 2010	Reanimação	3	0	0		2 (Balcões)
quarta-feira, 2 de Junho de 2010	Reanimação	3	1	0		1 (Balcões)
sábado, 5 de Junho de 2010	Balcão	NA	5	2	5/BPS; 2/BPS	
segunda-feira, 7 de Junho de 2010	Chefe de Turno	NA	9	2	2/BPS; 2/BPS	
quarta-feira, 9 de	Reani	3	3	2	2/BPS;	

Junho de 2010	mação				1/NVPS	
sexta-feira, 11 de Junho de 2010	Balcão	NA	7	3	3/BPS; 2/BPS; 2/BPS	
segunda-feira, 14 de Junho de 2010	Curso	NA				
terça-feira, 15 de Junho de 2010	Balcão	NA	4	1	4/BPS	2 (Reanimação)

LEGENDA

NA - Número não acessível

DESCRIÇÃO

Nº de doentes - Corresponde ao número total de doentes que estiveram nesse sector durante a minha presença

Nº de doentes com critérios - Pessoas que se enquadram nos critérios abaixo descritos

Nº de doentes com critérios noutras secções - Pessoas que se enquadram nos critérios abaixo descritos, mas cuja inclusão baseou-se análise pontual do turno (avaliação por observação ou verificação de notas de enfermagem)

CRITÉRIOS

Admite-se que se enquadrem na necessidade de avaliação de dor não verbal qualquer pessoa doente que não consiga verbalizar

Por questões mecânicas: alterações na fonação, entubações traqueais, traqueostomias...

Por questões neurológicas, neurocirúrgicas, traumáticas: AVC, demências, afasias, TC, Hematomas cerebrais...

Por questões de incapacidade: Paralisia cerebral, alterações do estado de consciência, intoxicações...

Outras: Crianças, Deficiências; Estados Psicóticos; Sob efeito de medicação; Linguística

AUXILIARES DE DECISÃO DE INCLUSÃO NOS CRITÉRIOS

1) Observação do estado da pessoa doente; 2) História clínica; 3) Escala de Comas de Glasgow; 4) Escala de Sedação de Ramsay

BIBLIOGRAFIA

Fortin, Marie-Fabienne - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência (2003). 388 p. ISBN 972-8383-10-X

Sheehy, Susan - Enfermagem de Urgência (4ª ed).

Loures: Lusociência. (2001) 877 p. ISBN 972-8383-16-9

Urden, L.; Stacy, K. e Lough, M. - Enfermagem de Cuidados Intensivos.

Loures: Lusodidacta. (2008). 1265 p. ISBN 978-989-8075-08-6

ANEXO VII
Norma para avaliação de dor no SU do HSFX



NORMA PARA AVALIAÇÃO DA DOR

OBJECTIVO: Assegurar a avaliação da dor a todos os utentes do Serviço de Urgência do HSFx

PESSOAL ABRANGIDO: Enfermeiros

CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

1. A par dos restantes sinais vitais, a avaliação da dor é considerada importante, pelas suas implicações físicas e psicológicas no atendimento e internamento de uma pessoa doente
2. Pela diversidade de motivos e ocorrências por parte das pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência, torna-se necessário utilizar escalas que abarquem a totalidade dos seus utentes. Assim existem algumas tipologias de escalas que poderão ser utilizadas consoante a realidade encontrada pelo enfermeiro:
 - a. Se a pessoa doente estiver consciente ou o seu estado permita assegurar a capacidade de perceber o que se lhe pergunta e obter uma resposta válida, utiliza-se uma escala verbal.
 - b. Se a pessoa doente tiver algum impedimento como: alterações cognitivas, alterações do estado de consciência, sedação, ventilação assistida ou outro factor que não permita verbalizar ou

indicar de forma consciente o seu grau de dor, então utiliza-se uma escala de dor não verbal.

3. Podem contribuir para a decisão, de qual dos instrumentos de recolha de dados sobre a dor usar, a utilização de escalas acessórias como a escala de comas de Glasgow (ECG) e a escala de sedação de Ramsay (ESR). No entanto, é o julgamento do enfermeiro de acordo com a situação que se depara que permite escolher entre uma escala e outra.

PROCEDIMENTOS:

1. Independentemente do sector do Serviço de Urgência, no primeiro contacto com a pessoa doente, o enfermeiro, avalia o estado neurológico e capacidade de comunicação verbal e não verbal do doente
2. De acordo com essa avaliação, aplica uma das escalas de avaliação de dor: Régua da Dor; Escalas Visuais de Dor ou Escalas de Avaliação de Dor Não Verbal
3. A avaliação da dor deverá ser executada sem que seja realizado um estímulo (doloroso, táctil, verbal ou outro).
4. Régua da Dor (Triagem) - Permite através da verbalização/observação atribuir uma intensidade há dor e associar uma prioridade (Triagem de Manchester). (Figura 1)

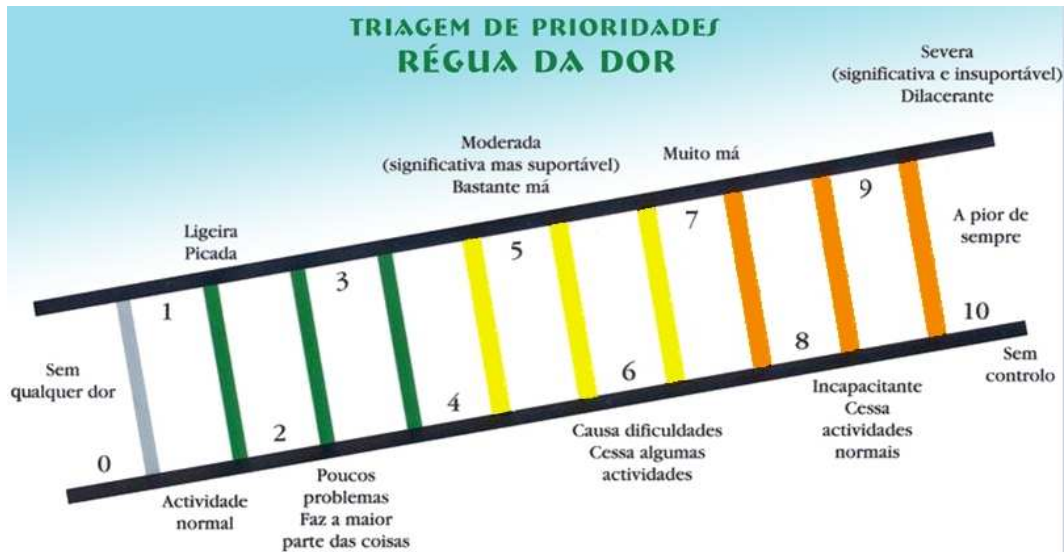


Figura 1 – Régua da Dor

5. Escalas Verbais da Dor - Escalas onde se pede à pessoa doente que identifique pela figura ou valores apresentados a intensidade considerada da sua dor. Podem ser escalas numéricas, descritivas, visuais e de faces. (Figura 2)

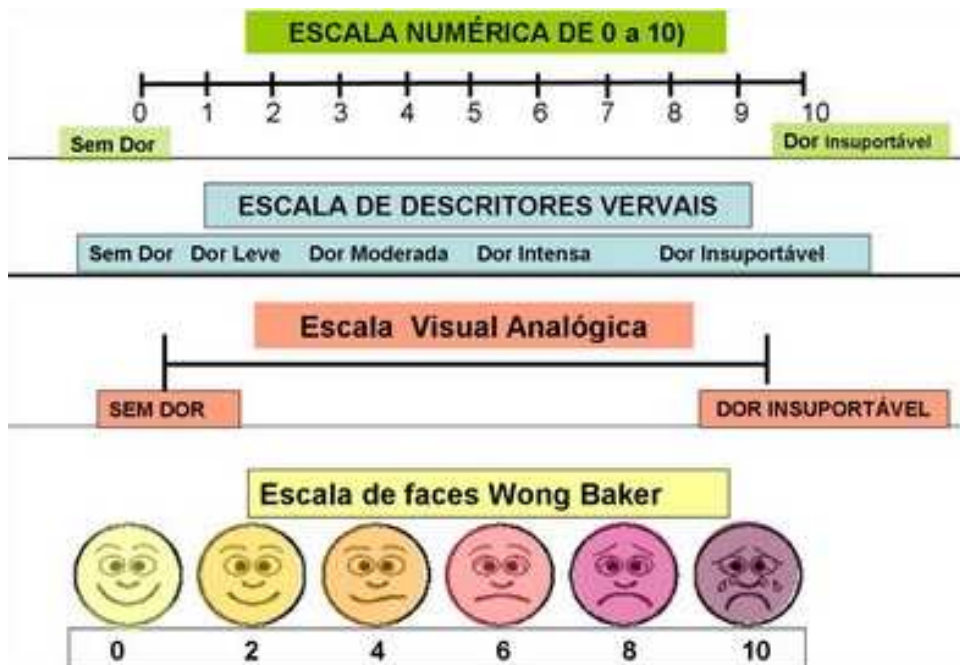


Figura 2 – Exemplos de escalas verbais da Dor

6. Escalas de Avaliação de Dor Não Verbal - São escalas constituída por itens/parâmetros que permitem através de observação e evidência de dados quantificar o grau de dor da pessoa.

a. BPS – Behavioral Pain Scale (Escala de Dor por Comportamento)

- Esta escala (Tabela 1) permite através de uma observação rápida inferir o grau de dor da pessoa

- Escala constituída por três itens (Expressão facial; Membros Superiores; e Ventilação)

- Será a soma dos scores de cada item que caracterizará a presença de dor onde se classifica de:

0 a 3 – Não existência de dor

4 a 7 – Dor moderada

8 a 12 – Dor severa

Tabela 1 – Escala de Dor por Comportamento

Item	Score			
	1	2	3	4
Expressão facial	Relaxado	Parcialmente contraído – cerra sobrancelhas	Completamente contraído – Encerramentos dos olhos	Esgar de dor
Membros superiores	Sem movimentos	Parcialmente dobrado	Dobrado com flexão dos dedos	Permanentemente retraído
Compliance com a ventilação	Tolerância movimentos	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	Luta com a ventilação	Incapaz de controlar a ventilação

b. NVPS - Non Verbal Pain Scale (Escala de Dor Não Verbal)

- Esta escala (Tabela 2) permite associar a observação comportamental da pessoa doente com alguns parâmetros fisiológicos
- Escala definida por 5 itens (Face, Actividade, Vigilância, Fisiologia, Respiração)
- Torna-se necessário registar e definir as possíveis alterações que apesar de contempladas na escala derivem de patologia do doente ou actual contexto terapêutico (ex: História clínica de HTA, taquicardia, alterações na respiração ou outras relevantes).
- Será a soma dos parâmetros desses itens que caracterizará a presença de dor onde se classifica de:

0 a 2 – Não existência de dor

3 a 6 – Dor moderada

7 a 10 – Dor severa

Face	Actividade	Vigilância	Fisiologia	Respiração
0-Sem expressão facial	0-Posição normal	0-Deitado/Quieto	0-Sinais Vitais estáveis	0-Adaptado ao ventilador
1-Face contraída ocasionalmente	1-Inquieto/Procura atenção	1-Tenso	1-TA Sist >20mmHG e/ou FC>20b/min	1-Reactivo mas tolera
2-Face contraída frequentemente	2-Movimento excessivo	2-Rígido	2-TA Sist >30mmHG e/ou FC>25b/min	2-Desadaptação Severa

Tabela 2 – Escala de Dor Não Verbal

7. Na suspeita de indicadores de dor deverá proceder-se a utilização de técnicas não farmacológicas de alívio de dor (ex: massagem, promoção de conforto, técnicas cognitivo-comportamentais)
8. A utilização de guidelines como a escada analgésica preconizada pela OMS (para neoplasias), poderá promover sugestões para o controlo de

sintoma (Figura 3). Se houver evidência que são necessárias medidas analgésicas, deverá ser consultado o médico responsável, informar da situação e executar as indicações que daí advenham.

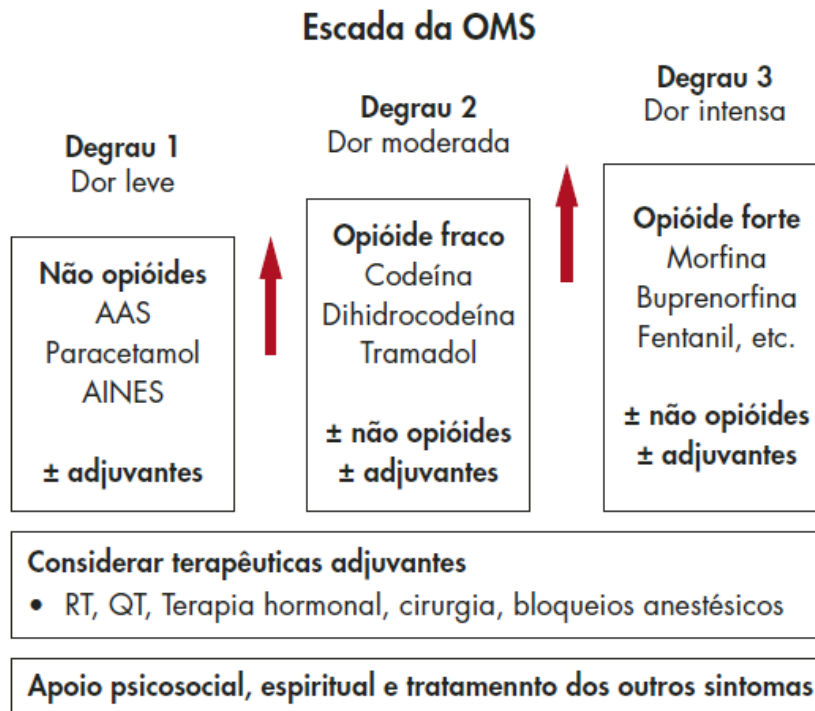


Figura 3 – Escada analgésica do controle de Dor (OMS, 2010)

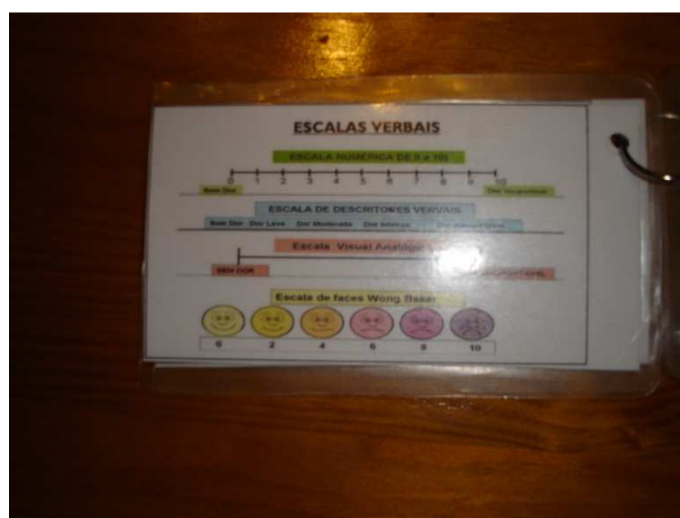
9. A avaliação da dor deverá ser avaliada frequentemente quando da existência de um valor considerável de dor ou se houver alterações visíveis que sugiram a existência de dor, no decorrer do turno. A periodicidade da avaliação será realizada de acordo com o critério do enfermeiro, preconizando-se 1/1h em caso de parâmetro de dor elevado.
10. Em qualquer situação deverá ser realizada uma nova leitura após a administração de analgésicos (para verificar o seu efeito).

REFERÊNCIAS DE SUPORTE:

- 📖 CALIL, Ana e PIMENTA, Cibele – A importância da avaliação da dor no setor de emergência. **Revista Emergência**. Brasil: São Paulo. Ano 1, nº2 (2006), p. 51-55
- 📖 DGS (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- 📖 DGS (2003). “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor”, Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- 📖 METZGER, et al (2002). “Cuidados de enfermagem e dor”. Loures: Lusociência. 300 p. ISBN 978-972-8383-32-9
- 📖 NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS (2007) “Recomendações para o tratamento farmacológico da dor”. Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº23. p. 457-64. ISSN 0870-7103
- 📖 OMS (2010). “WHO’s Pain Relief Ladder” [Consultada em 2010-05-12] Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- 📖 SEIXO, Cláudia – Avaliação da dor em pessoas com alterações da comunicação verbal. **Enformação**. Lisboa. Nº 8 (Fevereiro 2008), p. 6-10

ANEXO VIII
Ferramenta criada como auxiliar para avaliação de dor no
SU do HSFX





ESCALA DE DOR COMPORTAMENTAL

Item	Score			
	1	2	3	4
Expressão facial	Relaxado	Parcialmente controlado Cerra os olhos	Completamente controlado Encarregamentos dos olhos	Esforço de dor
Movimentos superiores	Sem movimentos	Parcialmente dobrado	Dobrado com flexão dos dedos	Permanente e restrito
Comportamento em relação à ventilação	Tolerante	Tensa, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	Luta com a ventilação	Incapaz de controlar a ventilação

0 a 3 - Não existência de dor 4 a 7 - Dor moderada 8 a 12 - Dor severa

ESCALA DE AVALIAÇÃO NÃO VERBAL (ADULTO)						ESCALA ANALGÉSICA DA OMS		
Score	Face	Atividade	Vigilância	Fisiologia	Respiração	Escala da OMS		
0	Sem expressão facial	Posição normal	Desperto/Quieto	Sinais Vitais estáveis	Adaptado ao ventilador	Grau 1 Dor leve Grau 2 Dor moderada Grau 3 Dor severa		
1	Face controlada ocasionalmente	Inquieto Procura atenção	Tenso	TAB>20mmHG ou FC>100/min	Reativo mas tolera	Não opóide Opóide fraco Não opóide + adjuvante		
2	Face controlada frequentemente	Movimento excessivo	Rígido	TAB>20mmHG ou FC>120/min	Desadaptado Severa	Opóide forte Não opóide + adjuvante Não opóide + adjuvante		

0 a 2 - Não existência de dor 3 a 6 - Dor moderada 7 a 10 - Dor severa

Considerar terapêutica adjuvante: KCl, G6, Sódio Bicarbonato, Soro, Magnésio, acetaminofeno

Atente para o nível, regular a ventilação, dar oxigênio suplementar

ESCALA DE AVALIAÇÃO NÃO VERBAL (ADULTO)

Score	Face	Atividade	Vigilância	Fisiologia	Respiração
0	Sem expressão facial	Posição normal	Desperto/Quieto	Sinais Vitais estáveis	Adaptado ao ventilador
1	Face controlada ocasionalmente	Inquieto Procura atenção	Tenso	TAB>20mmHG ou FC>100/min	Reativo mas tolera
2	Face controlada frequentemente	Movimento excessivo	Rígido	TAB>20mmHG ou FC>120/min	Desadaptado Severa

0 a 2 - Não existência de dor 3 a 6 - Dor moderada 7 a 10 - Dor severa



ANEXO IX

Artigo de divulgação subordinado ao tema “Avaliação de dor (não verbal) em serviços de urgência”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Artigo

Avaliação de Dor (não verbal) em Serviços de Urgência

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Junho de 2010

AVALIAÇÃO DE DOR (NÃO VERBAL) EM **SERVIÇOS DE URGÊNCIA**

PALAVRAS-CHAVE

Dor; Escalas; Competências; Urgência; Qualidade; Humanização

RESUMO

Para garantir cuidados de saúde de qualidade é necessário atender a todos os indicadores de saúde e condições das pessoas doentes que contribuam para esse estado. Alguns desses indicadores derivam da observação da sintomatologia manifestada pelos utentes, nomeadamente à dor. A verificação e atendimento a este factor promove o equilíbrio da balança entre cuidados de enfermagem de excelência para quem necessita deles e o enriquecimento das competências em enfermagem necessárias para exercer na área da saúde. A avaliação da dor deve ser considerada como mais um contributo num conjunto vasto de cuidados, mas mesmo assim terá de ser Universal pois requer-se que esta avaliação seja realizada a todos os que necessitem dela, promovendo uma maior humanização dos cuidados de saúde.

Este artigo pretende divulgar a necessária a implementação da avaliação da dor num contexto particular de serviços de urgência nas situações específicas de pessoas que terão dificuldade em referir e identificar essa dor. Os serviços de urgência são certamente um dos locais das instituições de saúde onde fará sentido esta avaliação particular, visto que a população que recorre a estes cuidados é muito heterogénea cuja diversidade de situações implica atender a este critério de avaliação.

I- INTRODUÇÃO

O exercício em enfermagem preconiza que existam competências que se adquiram com vista a prestar os melhores cuidados às pessoas que deles necessitam. Estas competências são adquiridas em contextos próprios mas que tem de ser percebidas pelos profissionais como objectivos a atingir, a progredir e a desenvolver sob o risco de deixar de favorecer o bem-

estar da pessoa e auxiliá-la no momento de doença que atravessa. Não é linear adquirir competências mas estas são mais do que conhecimentos teóricos e técnicas. O conhecimento das nossas capacidades é essencial para que se progrida mais longe e que os horizontes de cuidados sejam mais vastos e adequados às pessoas que necessitam de nós. Da mistura da personalidade e experiências de vida, da aquisição de formação e experiência profissional e das exigências e desafios que nos deparamos poderemos ter um papel mais determinado nas áreas dos nossos cuidados. ⁽⁴⁾ ⁽³⁰⁾

A importância de avaliar a dor deriva da consciência que este sintoma está presente em todas as fases da nossa vida e que se torna determinante para assegurar que esta tenha uma qualidade óptima. A certificação da sua importância foi a de elevar a sua avaliação para o nível de sinal vital, tornando-se o quinto e desta forma valorizar a sua presença pelas perturbações que pode causar ⁽⁹⁾. Estas indicações deliberadas ao nível da DGS tiveram eco nas estruturas organizativas das profissões de saúde, nomeadamente na OE que incentivou a determinação da dor nos serviços de saúde pelos enfermeiros. Algo que era feito de uma forma menos formal mas que teve posteriormente um espaço de incentivo para alertar para este sintoma. ⁽¹¹⁾ ⁽²¹⁾

Com a vontade de tornar esta avaliação mais objectiva elaboraram-se escalas que tornam mais fácil a identificação da dor. Adaptadas de diversos contextos, os enfermeiros utilizam algumas ferramentas que pretendem reconhecer de forma segura qual o grau, nível, intensidade de dor que a pessoa sente e daí operacionalizar as suas acções ⁽⁵⁾. Mas a abrangência para toda a população é difícil. Existe sempre uma área de penumbra que não permite a utilização de instrumentos na sua totalidade o que implica com a capacidade de avaliar a dor há totalidade de pessoas que estão ao nosso cuidado. Alia-se esta capacidade a um serviço, como um serviço de urgência, que pela sua natureza exige uma atenção do sintoma da dor como uma das prioridades a ter, e justifica-se a necessidade de encontrar soluções que optimizem a avaliação de dor. ⁽³²⁾ ⁽³⁵⁾

2- AVALIAÇÃO DA DOR

Das diversas sintomatologias que desencadeiam preocupações, a dor é uma das que se destaca pela sua permanente aparecimento ou risco de aparecimento na vida de todos. A sua presença indicia desconforto, alguma forma de alteração física, psicológica, ambiental. A experiência deste sintoma e a sua descrição é subjectiva, momentânea e individual. Depende

de quem a sente, como a sente, quando e onde a sente. A universalidade da experiência dolorosa abrange as múltiplas facetas das subjectividades individuais. ⁽³¹⁾

Teoricamente a sua definição pode ser condensado como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão ⁽¹⁸⁾. Para além da dor física causada por uma lesão real existe também, a dor psicológica que, devido a sua inespecificidade torna-se muito mais difícil diagnosticá-la e tratá-la. Mas o que é relevante é a necessidade que existe, por parte dos profissionais de saúde, de avaliar esta situação. ^{(15) (31)}

Entre alguns dos preconceitos existentes por parte dos prestadores de cuidados de saúde, o facto de que se não houver sinais evidentes e objectivos de dor, o de o limiar de dor ser igual para todos e de que a existência de doença e sofrimento estão associados ao envelhecimento tornavam a valorização da dor menos importante ⁽¹⁸⁾. E certamente a presença por pequena que seja influencia o conforto da pessoa. Kolcaba desenvolveu uma teoria em enfermagem que incide nas questões do conforto. A autora define como um factor primordial para os cuidados de saúde, uma necessidade de conforto, resultante de situações de saúde provocadas por tensão e que não puderam ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais e não-verbais. ^{(1) (31)}

A criação de instrumentos de avaliação de dor foi a forma encontrada para a tornear este preconceito da objectividade e ir ao encontro da necessidade de conforto e promoção de ausência de dor. A utilização de escalas permite a ordenação de grandezas e por sua vez a comparação temporal e individual de algo, neste caso a dor, através da criação de critérios bem definidos e identificação de itens relevantes para cada caso ^{(26) (35)}. A DGS preconizou a utilização de algumas regras para a elaboração e utilização de escalas de avaliação de dor, mas o seu cumprimento elimina algumas situações o que torna impossível a avaliação de dor à totalidade de pessoas. Torna necessário proceder a uma adaptação e reflexão sobre essas regras ou estipular especificidades sobre situações onde não seja possível ao doente verbalizar a sua dor de forma consciente. ^{(9) (11) (34)}

Num serviço de urgência, a diversidade e quantidade de pessoas que recorrem a estes cuidados é enorme. A necessidade de abordar todas as pessoas com a mesma perspectiva de cuidados de excelência e totais é uma garantia que deve ser realizada. É necessário prever que o recurso a este serviço é global a toda uma população variada com características de necessidade igualmente variadas, onde o único factor comum será a eventual presença sintomática de dor onde alguns conseguem identificar e descrever e outros estão impossibilitados de tal ⁽⁵⁾. Definido como sendo um serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de inicio recente e de gravidade tal que o cidadão comum entenda

necessitar de ser observado de forma não programada, e de acordo com o estipulado pelo Ministério da Saúde nos despachos por esta entidade emitidos. ^{(7) (19) (35)}

Na abordagem e avaliação da dor, o papel da pessoa doente é de extrema importância, pois será a que nos permite fazer compreender o melhor possível esse sintoma. Para McCaffery a dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre ela diz que existe e para ter este grau de certeza é necessário uma informação coerente, fidedigna e compreensível para que os cuidados sejam atempados e adequados à intensidade manifestada. O problema ocorre quando não se possibilita uma recolha de informação para perceber a dor do outro. ^{(9) (31)}

3- DOR SILENCIOSA E SUA AVALIAÇÃO

A pessoa doente que recorre a um serviço de urgência torna-se um caso único e requer atenção como tal. São as diferenças que tornam o atendimento um processo complexo mas simultaneamente desafiador o suficiente que solicita ao enfermeiro atitudes direccionadas e justificadas decorrentes de um plano de cuidados, pelo menos mental, que estabelece uma avaliação inicial, identificação, planeamento, implementação e avaliação final ^{(6) (12) (37)}. Para a avaliação de dor em pessoas que não verbalizem diferencia-se algumas condições que determinam certas medidas de acção posterior mas que inicialmente podem ser comuns na identificação do grau de dor da pessoa. Existem condições derivadas de patologia demencial, de patologia mental, por questões farmacológicas, por impedimentos derivados de técnicas de saúde, por barreiras sociais ^{(16) (34) (35)}

A criação de escalas para este tipo específico de avaliação foi crescendo com o contributo interdisciplinar de áreas como a pediatria, saúde mental, geriatria. Houve um trabalho de adaptação, de ampliação de conhecimentos e conteúdos e validação nas áreas correspondentes, criando-se por fim escalas que, apesar de não poderem ser 100% objectivas, permitem obter um indício da realidade e conseguir fazer com que os profissionais promovam a verificação deste sinal sintomático que é a dor ^{(15) (18) (33) (34)}. Para tornar as escalas mais objectivas, Metzger estipulou a necessidade de que elas contenham critérios que diminuam a subjectividade de uma avaliação. A presença destes critérios pode tornar a escala muito mais prática e adequada ao contexto de aplicação. Assim a autora descreve que para que as escalas sejam mais objectivas e mensuráveis devem ser: pertinentes, específicas e coerentes; fiáveis, rigorosas e objectivas; simples, fáceis e claras; compreensíveis e utilizáveis. ^{(10) (16) (18) (32)}

Para além das escalas numéricas, descritivas, visuais e analógicas, que preconiza a colaboração da pessoa na atribuição da intensidade de dor existente, existe um outro conjunto que pela observação permite ao enfermeiro atribuir um valor (não correspondente à intensidade de dor) que infere a presença de dor e atribui um conjunto de medidas que visa ultrapassar essa dor e manter a sua vigilância ⁽²⁾ ⁽¹⁸⁾. Das propostas de escalas existentes salientam-se duas que terão uma adaptabilidade ao serviço de urgência: Escala de Comportamental da Dor (Behavioral Pain Scale - BPS) e a Escala de Dor não Verbal (Non Verbal Pain Scale - NVPS). ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾ ⁽²⁰⁾ ⁽³⁹⁾

Apesar de terem o mesmo objectivo, a sua aplicação pode ser complementar entre si e as outras escalas, além de que a BPS terá um cariz mais observacional e a NVPS além da observação terá alguns aspectos objectivos ⁽²⁰⁾ ⁽³⁹⁾. Em qualquer das aplicações o enfermeiro deve ter interiorizado a importância da avaliação e neste caso da aplicação de uma das escalas para que não dependamos totalmente da atribuição individual da dor decorrentes de vivências culturais, emocionais e ambientais ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾. No primeiro contacto com a pessoa fará a sua avaliação e depois sempre que necessário, regularmente, na presença de um grau elevado de dor e na verificação da eficácia de medicação. ⁽²⁾ ⁽³³⁾

Numa situação em que o enfermeiro está perante um caso em que a pessoa doente não verbaliza pode utilizar a BPS. Esta é uma escala que fundamenta a sua aplicação na observação de comportamentos que infere a presença de dor. Através da observação de três itens: expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e das características da ventilação, obtém-se um score que permite deduzir que a pessoa estará com dores ou submetida a algum tipo de desconforto. A descrição desses itens é o que torna prática a utilização desta escala pois uma observação da pessoa, a sua apresentação simples e o seu tempo de preenchimento são vantagens para a sua aplicação. Já a objectividade das observações não é o seu ponto forte pois depende de factores subjectivos de quem está a realizar a observação. ⁽²⁾ ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾ ⁽³⁹⁾

A NVPS também será utilizada em situações que a pessoa não verbaliza mas especificamente quando existe um compromisso fisiológico mais severo e que estejamos na presença de uma descompensação gradual não só de estado de consciência mas das funções vitais. É uma escala que inclui cinco itens onde a observação do comportamento é complementada com a inclusão de itens objectivos derivados de sinais vitais como o padrão respiratório (com equivalência à ventilação mecânica), a frequência cardíaca e valores de tensão arterial. A maior objectividade é o ponto forte desta escala pois são considerados aspectos que estão presentes na evidência de dor e diminui a percentagem da subjectiva observação. Há que acautelar que mesmo sendo mais objectiva a sua aplicação depende de uma triagem de sintomas e fármacos que mascaram eventuais sinais de dor, pois a pessoa nesta

situação poderá estar com patologia ou medicação associada que altere alguma objectividade destes itens a avaliar. ^{(20) (26) (39)}

4- COMPETÊNCIAS INERENTES ÀS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

Actualmente os serviços de urgência são locais onde se prestam cuidados a pessoas que na sua grande maioria, necessita de cuidados urgentes de cariz médico onde o controlo sintomático deixa de estar ao alcance da própria pessoa, necessitando de apoio de profissionais com um corpo de conhecimentos e de competências adequado às suas exigências. Certos documentos referem o decréscimo de necessidades cirúrgicas e de situações emergentes em detrimento de situações médicas. Para atender esta grande fatia de consultas em serviço de urgência é necessário equipar os profissionais com meios de atender as pessoas e medir as necessidades dessas pessoas. ^{(28) (29) (37)}

O registo de informação é uma das funções dos enfermeiros e a seu correcto e objectivo preenchimento/execução faz parte das competências da profissão tal como vem descrito na carreira de enfermagem e estatutos da OE ^{(18) (21)}. A colheita de dados deve permitir uma identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, a sua avaliação consoante a resposta que os cuidados tiveram na pessoa, constituindo, em última análise, numa prova de qualidade das intervenções de enfermagem na pessoa doente. Teorias em enfermagem relevam a importância de registos pois de outra forma tornar-se-ia difícil justificar a existência da profissão de enfermagem, se os seus benefícios não puderem ser medidos. ^{(1) (4) (6) (31) (35)}

No circuito de sectores de um serviço de urgência existem diversas particularidades que caracterizam quer os espaços, os meios e as pessoas que neles necessitam de cuidados. O que é comum serão os profissionais e as necessidades de cuidados por parte de quem recorre à urgência. A aplicação de escalas de dor torna-se assim um instrumento que tem de ser maleável de acordo com o local de aplicação. No entanto tem que existir essa avaliação torneando uma das questões que existe quando se fala em serviços de urgência que será: o elevado número de doentes admitidos e internamentos que são curtos e inesperados; equipas pequenas; insuficiente adaptação da urgência às circunstâncias organizacionais do serviço e período de maior afluência, factores que condicionam o processo de relação de ajuda satisfatória que permita enfrentar a crise que representa a agudização de uma doença. ^{(5) (28) (37) (38)}

Os cuidados de enfermagem detêm forças e fraquezas sendo as primeiras a possibilidade de estar próximo das pessoas e agir as acções para elas, e as segundas a falta de quantificação ou registo das acções realizadas. Esta fraqueza é real mas seguramente artificial e derivada do contexto onde se praticam cuidados de enfermagem. Somos nós enquanto profissionais que não valorizamos o nosso papel na avaliação e controlo sintomático de dor registando-os como pequenos actos mas que para a pessoa são de grande importância e que, se bem descritas, podem promover a qualidade em enfermagem que existe mas não é visível ⁽⁴⁾ ⁽⁸⁾ ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾. Partindo das competências dos enfermeiros podemos adoptar posturas de práticas avançadas de enfermagem e enfermagem avançada no sentido de cuidar a pessoa na sua necessidade e, de forma autónoma ou interdependente agir para ultrapassar a sintomatologia dolorosa que existe. Dois exemplos podem ser adoptados: a utilização de medidas de conforto e a utilização de analgesia em forma de protocolo. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾

Autonomamente podemos agir perante a dor. Avaliando o que consideramos ser dor e fundamentando com instrumentos que contribuem para a objectividade da dor podemos instituir medidas de conforto desde o posicionamento e comunicação com a pessoa até técnicas mais elaboradas envolvendo música, relaxamento hipnose ⁽¹²⁾ ⁽¹⁸⁾. Temos de atender que o espaço para certas intervenções não são adequados a sectores da urgência ou às condições existentes, mas o conhecimento destas técnicas pode fazer a diferença quando o enfermeiro detecta um caso de dor que pode ser ultrapassado por algo dependente dos seus conhecimentos, das suas competências e das suas capacidades ⁽¹⁸⁾. Pode-se permitir que a pessoa ultrapasse as tensões existentes e atinja alguns níveis de conforto, descritos por Kolcaba, como de alívio e tranquilidade. ⁽¹⁾ ⁽⁸⁾

Numa perspectiva de objectivos em equipa onde o papel do enfermeiro é conotado com conhecimentos práticos de cariz essencialmente biomédico, a utilização da escada analgésica preconizada pela OMS é uma mais-valia para encurtar o sofrimento existente visto que a aplicação de fármacos de forma ponderada, protocolada e sem receio de utilização facilmente ultrapassa a dor ⁽³⁾ ⁽²⁴⁾. Um exemplo utilizado frequentemente nos serviços de urgência deriva de uma situação de dor pré-cordial, onde se age de acordo com uma mnemónica (MONA) que consiste na administração de Morfina, a instituição de Oxigénio, a administração de Nitratos e AAS. Aqui a utilização de morfina é concertada entre as atitudes combinadas dos enfermeiros e médicos onde a objectivação de informação e comportamentos condicionam a utilização de fármacos que são mitificados como de última linha ⁽³⁵⁾. No entanto para as situações graves e de inferência de dor a utilização dos fármacos do primeiro degrau da escada analgésica (paracetamol, AINE, salicilatos) poderão ser suficientes para minimizar ou excluir a presença de dor na pessoa e permitir uma melhor capacidade de tolerância e conforto segundo uma perspectiva que vai ao encontro de Virgínia Henderson de ajudar as

peessoas doentes num contexto de trabalho em equipa mas sempre com atitudes independentes quando possível. ⁽¹⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾ ⁽³⁶⁾

5- PONTOS-CHAVE

As atenções que temos como enfermeiros nos cuidados às pessoas são diversos e complexos e a dor será um dos mais frequentes e subjectivo de lidar. A sua presença faz com que se mobilize as diversas perspectivas que fundamentam em enfermagem o conjunto de competências a desenvolver no âmbito da prestação, da cognição, da posição, da gestão, e da formação. Perante situações com que nos deparamos, mobilizamos mais ou menos um dos campos e agimos para otimizar os cuidados prestados. Quando não temos instrumentos que se direccionem para os nossos objectivos: criamos, adaptamos e pesquisamos.

A avaliação da dor deve ser uma medida comum e geral a implementar a todas as pessoas que sofrem. Todas. O enfermeiro tem uma posição privilegiada que deve assumir como parte dos cuidados que presta e valoriza-la seja em que contexto for. Nos serviços de urgência existem particularidade que podem ser ultrapassadas e não será difícil ao enfermeiro identificar e reconhecer os doentes que se queixam de dor e os factores responsáveis pela sua persistência, assim como facilitar a circulação de informação entre o doente e os prestadores de cuidados com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Temos de assumir que o controlo eficaz da dor é um passo fundamental para a humanização dos cuidados e é nesta postura que os enfermeiros têm de se rever.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). Loures: Lusociência (5ª ed.), 2004, 750 p. ISBN 972-8383-74-6

(2) ALMEIDA, Ana; LOPES, Marina e BRANCO, Pedro – Aplicação de três escalas de avaliação da dor na consulta externa de um serviço hospitalar de medicina física e de reabilitação. **Jornal do Instituto Português de Reumatologia**. Lisboa. ISSN 1645-6009. Vol. 3, nº 2 (Abril/Junho 2004), p. 97-104

(3) BARBOSA, António e NETO, Isabel Galriça – Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, 511 p. ISBN 978-972-9349-21-8

- (4) BENNER, Patricia – De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora (2ª ed.), 2005, 262 p. ISBN 989-558-052-5.
 - (5) CALIL, Ana e PIMENTA, Cibele – A importância da avaliação da dor no setor de emergência. **Revista Emergência**. Brasil: São Paulo. Ano I, nº2 (2006), p. 51-55
 - (6) CARPENITO-MOYET, Lynda – Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica. Brasil (Porto Alegre): ArtMed (11ª Ed), 2009, 1039 p. ISBN 9788536313245
 - (7) CENTRO MÉDICO NACIONAL – Serviço de urgência e serviço de atendimento permanente – Definições e requisitos mínimos. **NMC**. Porto. Nº 7 (36) (2001), p. 36-38
 - (8) COLLIÈRE, Marie-Françoise – Cuidar... A primeira arte da vida. Loures: Lusociência (2ª ed.), 2003, 448 p. ISBN 978-972-8383-53-4
 - (9) DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. **Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003, 4 p.
 - (10) DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – A dor crónica de origem não maligna. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001, 32 p. ISSN 0872-2455
 - (11) DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Plano nacional da luta contra a dor. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001, 60 p. ISBN 972-9425-95-7
 - (12) DUCASSÉ, Jean-Louis – A dor no serviço de urgência. **Urgência Prática**. Barcarena. Nº3 (Abril-Maio 2004), p. 19-28
 - (13) HESBEEN, Walter – Cuidar no hospital. Loures: Lusociência, 2001, 201 p. ISBN 972-8383-11-8
 - (14) HESBEEN, Walter – Qualidade em Enfermagem. Loures: Lusociência. 2001, 230 p. ISBN 972-8383-20-7
 - (15) KAZANOWSKI, Mary K. e LACCETTI, Margaret Saul – Dor: Fundamentos, abordagem clínica, tratamento. São Paulo: Editora Nova Guanabara. 2005, 272 p. ISBN 9788527710756
 - (16) LANE, Patricia – Assessing pain in patients with advanced dementia. **Nursing**. EUA. ISSN 0360-4039. 34 (8):17 (Agosto 2004), p. 17-25
 - (17) MACLAREN, Jill [et al] – Training nursing students in evidence-based techniques for cognitive-behavioral pediatric pain management. **Journal of Nursing Education**. EUA (Portland). ISSN 0148-4834. Vol 47, nº 8 (Agosto 2008), p. 351-358
 - (18) METZGER, Christiane [et al] – Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência, 2002, 300 p. ISBN 972-8383-32-0
- MINISTÉRIO DA SAÚDE –

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/80AB4DCF-68B8-4164-B377-C4351314DEB9/0/0112301124.pdf>

(20) ODHNER, Mary [et al] – Evaluation of a newly developed Nonverbal Pain Scale (NVPS) for assessment of pain in sedated, critically ill adults. EUA (New York) University of Rochester Medical Center.

<http://classic.aacn.org/AACN/NTIPoster.nsf/vwdoc/2004NTI>

(21) ORDEM DOS ENFERMEIROS – Projecto padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Em linha] 2010, 4 p. [Consultado a 2010-5-09]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

(22) ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Em linha] 2010, 18 p. [Consultado a 2010-5-09]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

(23) OLIVIER, Michel – Os opióides: Abordagem da dor aguda na urgência. **Urgência Prática**. Barcarena. N°3 (Abril-Maio 2004), p. 38-40

(24) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – World Health Organization's Pain Relief Ladder. :
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

(25) ORLIAGUET, Gilles – Abordagem da dor na criança durante a fase pré-hospitalar. **Urgência Prática**. Barcarena. N°3 (Abril-Maio 2004), p. 13-28

(26) PASERO, Christine e MCCAFFERY, Margo – No self-report means no pain-intensity rating. **Advance Journal of Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol 105, n° 10 (Outubro 2005), p. 50-53

(27) PAYEN, Jean-François [et al] – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical Care Medicine**. ISSN 0090-3493. N°29 (Dezembro 2001), p. 2258-2263

(28) PENEFF, Jean – O hospital na urgência. Coimbra: Formasau, 2002, 226 p. ISBN 972-8485-26-3

(29) PENEFF, Jean – Os doentes das urgências – Uma forma de consumo clínico. Coimbra: Formasau, 2003, 157 p. ISBN 972-8485-34-4

(30) PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005, 633 p. ISBN 972-8383-84-3

(31) POTTER, Patricia e PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de enfermagem – Conceitos e procedimentos. Loures: Lusociência, 2003, 1106 p. ISBN 978-972-8930-24-0

(32) RODRIGUES, J. [et al] – A experiência de um projecto de intervenção: A Dor. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N° 211 (Junho 2006), p. 6-10

(33) RODRIGUES, Joana [et al] – Avaliação da dor em crianças com deficiências e limitações da comunicação verbal. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº12 (II Série) (Junho 2008), p. 19-38

(34) SEIXO, Cláudia – Avaliação da dor em pessoas com alterações da comunicação verbal. **Enformação**. Lisboa. Nº 8 (Fevereiro 2008), p. 6-10

(35) SHEEHY, Susan – Enfermagem de urgência – Da teoria à prática. Loures: Lusociência (4ª ed), 2001, 877 p. ISBN 972-8383-16-9

(36) SILVA, Abel Paiva – “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55, nº1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20

(37) TAVARES, João – As pessoas idosas nos serviços de urgência: Que desafios para a enfermagem. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 88 (Janeiro 2010), p. 26-33

(38) VAZ, Célia R. O. T. – Cuidar no serviço de urgência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6169. Ano 12, nº148 (Setembro 2000), p. 14-17

(39) YOUNG, Jeanne [et al] – Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. **Intensive Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. Nº 22 (Fevereiro 2006), p. 32-39

ANEXO X
Cartaz elaborado para a implementação do projecto VVS
no SU do HSFX

TRIAGEM

	Critérios de Presunção de Infecção (Um dos seguintes critérios)
a)	Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)
b)	Dor lombar+ (disúria ou polaquiúria)
c)	Dor abdominal ou icterícia
d)	Diminuição aguda do nível de consciência
e)	Cefaleias + Vômito
f)	Sinais inflamatórios cutâneos extensos
g)	Critério clínico do responsável



Sinais (2 dos 3 seguintes)
Frequência cardíaca > 90 ppm
Frequência respiratória > 20c/m
Temperatura > a 38°C ou < a 36°C

Sinais de hipoperfusão
TA Sistólica < 90mmHg

AVISAR: Médico (Extensão 00000)
Transferência para Reanimação ou SDS (atendendo há existência de sinais de hipoperfusão)
Providenciar colheitas de hemoculturas (3)

ANEXO XI
Pontos principais focados no curso sobre VVS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Resumo do Curso VVS **Serviço de Urgência do HSFX**

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Junho de 2010

Introdução comprovou a gravidade da sépsis como problema de saúde pública e a necessidade de atender a esta com prioridade de atendimento. A mortalidade hospitalar chega a 50% e decorre do tempo de atendimento e início de cuidados.

Iniciou-se o curso com definição e conceitos sobre SIRS (Síndrome de Resposta Sistémica Inflamatória), Sépsis, Sépsis grave e Choque Séptico com devida fundamentação fisiopatológica e abordagem do enquadramento dos casos de sépsis que são abrangidos pela SIRS ou seja casos de SIRS decorrentes de infecção.

Seguiu-se uma palestra sobre Diagnóstico e estratificação do doente séptico onde se caracterizou a população de doentes em contexto mundial e localmente no CHLO que foi elucidativo quanto à “fotografia” actual da sépsis nos serviços.

Do laboratório foi estabelecido as normas e regras para identificação de produtos de análise para diagnosticar sépsis com uma incidência acerca das normas vigentes para recolha de produtos, formas de recolher os produtos, acondicionamento e envio. Surgiu um conjunto de opiniões e sugestões para melhorar esse processo e acelerar a identificação dos produtos.

A palestra sobre antibioterapia e uso racional de antibióticos foi um pouco extensa mas elucidativa da necessidade de não tipificar a administração de AB por rotina sem “pensar” mas a necessidade de ajustar as doses a cada caso particular, comparando às situações de pediatria. Também foi útil para perceber a importância da administração rápida de AB para minimizar eventuais casos menos sucedidos de pessoas com sépsis. Neste caso o tempo é importante e a correcta administração do correcto AB faz a diferença.

Da cirurgia contribuiu a necessidade de controlar o foco de infecção pois se tal não suceder não irá haver processo de melhoria da pessoa doente, tendo que haver uma articulação entre as áreas de tratamento e uma visão de globalização frente ao doente séptico e recorrer a técnicas imagiológicas disponíveis que facilitam a identificação de focos sépticos e detrimento de cirurgias.

Dos cuidados intensivos veio as estratégias decorrentes de tratamento aos aspectos de hipoperfusão e controlo da respiração através de objectivos da fase de ressuscitação. Saíram uma serie de guidelines que promovem a recuperação do doente séptico em fase de choque.

Por fim a activação e implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência do CHLO. Formação que colaborei e que trás a visão da necessidade de implementar um projecto deste tipo e descreve o processo de acesso do doente desde o momento de triagem até à sua transferência para um serviço de cuidados intensivos. Mais do que uma apresentação foi um momento de encontrar soluções para algumas zonas menos formalizadas deste processo (como o internamento em que sector da urgência) e a possibilidade de apresentar cabalmente quais os processos a ter (nomeadamente quanto às hemoculturas).

Em último houve a divisão da turma em dois grupos para debater alguns casos reais e enquadrá-los na perspectiva de acesso da VVS desde o momento de triagem até ao atendimento inicial, possível activação da VVS, encaminhamento para outro sector, início de terapêutica e primeiros cuidados.

Globalmente esta secção foi uma visão muito boa deste processo, reaprender alguns conceitos específicos de sépsis e aprender as novas directrizes daqui decorrentes. Fica a sensação de valor de ter colaborado neste processo de implementação de um projecto importante e interessante, ao qual acresce as mais valias que posso levar para a minha área profissional de cuidados intensivos.

ANEXO XII
Orientações elaboradas sobre intoxicações
medicamentosas e por organofosforados para o SU do HSFX



Para aceder aos documentos mantenha carregada a tecla “Ctrl” e clique na seta → desejada

ORIENTAÇÕES

Organofosforados →

Paraquat →

INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA

<u>Medicamentos</u>	<u>Antidoto</u>	<u>Link</u>
Benzodiazepinas	Flumazenil	→
Antidepressivos tricíclicos e antiarrítmicos	Bicarbonato de Sódio	
Opiáceos	Naloxona	→
Paracetamol	N-Acetilcisteína	→
Metoclopramida	Biperideno	
Digitálicos	Anti-corpo antidigoxina Fab	→
Heparina	Sulfato de Protamina	
Anticoagulantes	Fitomenadiona	
Anticolinérgicos	Fisostigmina/Salicilatos	
Bloqueadores Beta	Glucagon	
Antagonistas do Ácido Fólico	Folinato	
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	Gluconato de Cálcio	



INTOXICAÇÃO POR BENZODIAZEPINAS

ANTIDOTO – FLUMAZENIL

Nome comercial: ANEXATE (Roche)

Dosagem: EV – 0,1mg/ml (Ampolas de 5ml)

Diluição/Administração:

- **Injecção directa**
- **Dose inicial: 0,3 mg**
- **Se o grau de consciência desejado não for obtido ao fim de 60 segundos, podem injectar-se doses repetidas até que o doente acorde ou até atingir a dose total máxima de 2 mg**
- **Nos casos em que reaparece sonolência, pode administrar-se uma ou mais doses ou em perfusão de 0,1-0,4 mg por hora**

CUIDADOS A PRESTAR

- **Avaliação do estado de consciência**
- **Avaliação da função respiratória**
- **Lavagem gástrica**
- **Carvão activado**

- **Administração de 1-2 gr/kg, se a ingestão foi muito recente (até 3 horas)**
- **Doses seguintes: 0,5-1 gr/kg de 4 em 4 horas**
- **Diurese forçada e técnicas dialíticas**

SINAIS E SINTOMAS

- **Sinais principais de toxicidade grave**
 - **Apatia**
 - **Depressão respiratória**
 - **Disartria**
 - **Hipotensão arterial**
 - **Letargia**
 - **Coma**

VALORES ANALÍTICOS TÓXICOS

- **Salvaguardar quem tem prescrito a toma deste grupo de fármacos**
- **Varia de acordo com a substância activa**
- **Doses tóxicas superiores a:**
 - **Bromazepam – 1mg/l**
 - **Diazepam – 5mg/l**
 - **Flurazepam – 0,5 mg/l**
 - **Lorazepam – 1mg/l**
 - **Midazolam – 1mg/l**
 - **Oxazepam – 5mg/l**

Links:

 [Infarmed – Flumazenil \(Anexate\)](#)

 http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=444&tipo_doc=fi

Elaborado por: Pedro Miguel Henriques Batista no âmbito do Curso de Mestrado Prático na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Junho 2010



INTOXICAÇÃO POR DIGITÁLICOS

ANTIDOTO – ANTICORPO ANTI-DIGOXINA Fab

Nome comercial: DIGIBIND (GlaxoSmithKline)

Dosagem: EV – 38 mg em Pó para solução

Diluição/Administração:

- **Administração EV**
- **Cada 38mg anula 0,5 mg de Digoxina**
- **Dissolver em 4cc de água destilada**
- **Perfusão num período superior a 30 minutos**
- **Em caso de paragem iminente deve ser administrado em bólus**

CUIDADOS A PRESTAR

- **Avaliação e monitorização dos sinais vitais**
- **Despiste de sinais de bradiarritmias sinusais (Bradicardia; BAV 2º ou 3º grau) ou arritmias ventriculares (taquicardia ventricular ou Fibrilhação ventricular)**

VALORES ANALÍTICOS

- **O nível terapêutico de digoxina é de 0,8 a 2,0 mg/L**

Links:

 [Digibind \(Folheto informativo EUA\)](#)

 http://us.gsk.com/products/assets/us_digibind.pdf

Elaborado por: Pedro Miguel Henriques Batista no âmbito do Curso de Mestrado Prático na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Junho 2010



INTOXICAÇÃO POR OPIÁCEOS

ANTIDOTO – NALOXONA

Nome comercial: NAXOLAN (Hospira)

Dosagem: 400µg/ml (Ampolas de 1ml)

Diluição/Administração:

- **EV / IM / SC / ET**
- **Injecção directa**
- **Dose inicial: entre 0,4 – 2 mg**
- **Se necessário as injeções podem ser repetidas em intervalos de 2-3 minutos**

CUIDADOS A PRESTAR

- **Avaliação do estado de consciência**
- **Avaliação da função respiratória**
- **Diurese forçada e técnicas dialíticas**

SINAIS E SINTOMAS

➤ **Sinais principais de toxicidade grave**

- **Apatia**
- **Depressão respiratória**
- **Disartria**
- **Miose**
- **Hipotensão arterial**
- **Letargia**
- **Coma**

VALORES ANALÍTICOS

- **Salvaguardar quem tem prescrito a toma deste grupo de fármacos**
- **Se não, superiores a 0**

Links:

 [Infarmed – Naloxona](#)

 http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=43840&tipo_doc=fi

Elaborado por: Pedro Miguel Henriques Batista no âmbito do Curso de Mestrado Prático na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Junho 2010



INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS

OBRIGATÓRIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL

ANTIDOTO – ATROPINA

Nome comercial: ATROPINA (Genérico)

Dosagem: 0,5mg/ml (Ampolas de 1ml)

1mg/ml (Ampolas de 1ml)

Diluição/Administração:

- **Administração EV / IM**
- **Apenas actua nos efeitos muscarínicos**
- **Dose inicial: 2-4mg, repetindo cada 5 minutos até sinais de atropinização eficaz:**
 - **Midríase**
 - **Diminuição de secreções brônquicas e saliva**
 - **Taquicardia**
 - **Ruborização da pele**

- **Intoxicações graves iniciar perfusão contínua (50mg/50cc – Seringa opaca)**

ADJUVANTES – OBIDOXIMA

Nome comercial: TOXOGONIN (Merck)

Dosagem: 250mg/ml (Ampolas de 1ml)

Diluição/Administração:

- **Indicada nas intoxicações moderadas e graves**
- **Indicada para reversão dos efeitos nicotínicos e do SNC**
- **Dose inicial: 250 mg; lenta (5 a 10 minutos); Repetir 1 ou 2 vezes com intervalos de 2h se necessário**
- **Dose máxima/dia: 20mg/kg/dia**
- **Perfusão: 500mh/50cc SF (Seringa opaca)**

ADJUVANTES – PRADILOXIMA

Nome comercial: CONTRATHION (Aventis)

Dosagem: 200mg (Pó para constituição)

Diluição/Administração:

- **Indicada nas intoxicações moderadas e graves**
- **Dose inicial: 400 mg; lenta (5 a 10 minutos)**
 - Se necessário administrar 200mg cerca de 30 minutos depois
 - Se persistirem sintomas de intoxicação após 6-12 horas: administrar 200 mg
- **Dose máxima/dia: 2 gr/dia**

CARVÃO ACTIVADO

Nome comercial: Carbomix (Norit)

Dosagem: 50g (Pó para constituição com 400cc de água)

Diluição/Administração:

- **Indicada nas intoxicações orais agudas e sobredosagem de medicamentos**
- **Dose inicial: 50 a 100 g**
- **Dose Intoxicação grave: 20 gr/4 a 6 horas (aprox 160 ml)**

CUIDADOS A PRESTAR

- **Remover toda a roupa**

- **Lavagem corporal com água e sabão**
- **Lavagem gástrica**
- **Carvão activado**
 - **Dose inicial: 1-2 gr/kg**
 - **Doses seguintes: 0,5-1 gr/kg de 4 em 4 horas**
- **Sulfato de Magnésio**
 - **Dose: 30g solução oral**
- **Administração de Atropina**
- **Administração de Obidoxima/Pralidoxima**
- **Administração de outros fármacos:**
 - **Hipotensão: fluidos, vasopressores**
 - **Convulsões: diazepam**

Links:

 [Infarmed – Atropina](#)

 [Infarmed - Carbomix](#)

 http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=693&tipo_doc=fi

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



INTOXICAÇÃO POR PARACETAMOL

ANTIDOTO – N-ACETILCISTEINA

Nome comercial: FLUIMUCIL (Zambon)

Dosagem: PO – 600mg (comprimidos efervescentes)

EV – 300mg/3ml

Diluição/Administração EV:

- 150 mg/Kg em 200 ml de Dextrose 5% a correr em 15 minutos
- 50 mg/Kg em 500 ml de Dextrose 5% a correr em 4 horas
- 100 mg/Kg em 1000 ml de Dextrose 5% a correr em 16 horas

Diluição/Administração PO:

- **Dose Inicial:** 140 mg/Kg na dose inicial
- **Dose Manutenção:** 70 mg/Kg de 4 em 4h até perfazer 17 doses

CUIDADOS A PRESTAR

- **Lavagem gástrica**
- **Carvão activado**
 - **Dose inicial: 1-2 gr/kg**
 - **Doses seguintes: 0,5-1 gr/kg de 4 em 4 horas**

SINAIS E SINTOMAS

- **Sinais de toxicidade grave**
 - **Alteração da função hepática**
 - **Aumento do INR**
 - **Insuficiência renal**
 - **Acidose**
 - **Hipoglicémia**

VALORES ANALÍTICOS TÓXICOS

- **Dose hepatotóxica – Aprox. 150 mg/kg (acima de 9 gr de paracetamol)**
- **Dose hepatotóxica no indivíduo com doença hepática prévia é mais baixa (4-6gr)**

Links:

 [Infarmed – Acetilcisteína \(PO\)](#)

 [Infarmed – Acetilcisteína \(EV\)](#)

 http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40158&tipo_doc=fi

Elaborado por: Pedro Miguel Henriques Batista no âmbito do Curso de Mestrado Prático na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Junho 2010



INTOXICAÇÃO POR PARAQUAT®

OBRIGATÓRIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE O USO DE EQUIPAMENTO DE PROTECCÃO INDIVIDUAL

ANTIDOTO – NÃO CONHECIDO

CUIDADOS A PRESTAR

- **Remover toda a roupa**

- **Lavagem corporal com água e sabão**

- **Lavagem gástrica abundante (3 a 5 litros)**

- **Administração de Carvão activado**
 - **Dose inicial: 1-2 gr/kg**
 - **Doses seguintes: 0,5-1 gr/kg de 4 em 4 horas**

OU

- **Terra de Fuller (Solução a 15%)**
 - **Dose: 150mg de Terra de Fuller num litro de água**

- **Sulfato de Magnésio (30g solução oral)**
 - **Dose: 250 mg/Kg**

- **Esvaziar conteúdo gástrico ao fim de 20 a 30 minutos**

- **Repetir administração de Carvão Activado ou Terra de Fuller, e Sulfato de Magnésio de 3/3 horas até às 48h**

- **Administração de Atropina**

- **Administração de Obidoxima/Pralidoxima**

- **Administração de outros fármacos:**
 - **Hipotensão: Fluidos, Vasopressores**
 - **Convulsões: Diazepam**

Links:

 [Factos sobre Paraquat](#)

 [Folheto do Paraquat](#)

 **Factos sobre Paraquat**

<http://emergency.cdc.gov/agent/paraquat/basics/facts.asp>

Elaborado por: Pedro Miguel Henriques Batista no âmbito do Curso de Mestrado Prático na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa
Junho 2010

ANEXO XIII
Cronograma para o Módulo III
Estágio na UCPSBM na CSI

Mês	Setembro	Outubro				Novembro		
Semana	27 a 3/10	4 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 31	1 a 7	8 a 14	15 a 19
Actividades								
Pesquisa bibliográfica	◆ →							→
Integração no serviço	◆ →							
Participação nos cuidados e abordagem a pessoa doente/família	◆ →							→
Tema “Reuniões Pluridisciplinares”			◆ →					→
Tema “Processo de comunicação de más notícias”		◆ →						→
Tema “Tomada de decisão”				◆ →			→	
Tema “ELA”		◆ →						→

ANEXO XIV

Excerto e organização de documento de apoio à decisão para o estágio na UCPSBM na CSI

Terça-feira, 2/Novembro/2010

Força: a) O apoio intercolegas e a capacidade de demonstrar apoio geram uma acalmia necessária para prosseguir a trabalhar e eventualmente fazermos nós próprios um luto

Fraqueza: a)

Oportunidade: a) A participação de cuidados com o Ricardo tem sido espectacular pelo grau de confiança mútuo e pela partilha de experiências, minhas e dele

Ameaça: a) Os efeitos que a morte gera nos profissionais, em especial nos novos e quando de forma inesperada, provoca uma geração de conflitos e sentimentos que tem mesmo de ser trabalhados por profissionais

Observações: Neste turno as surpresas foram invertidas. A D. Maria José que estava em agonia encontra-se fisiologicamente bem, e a D Rosa, que mantinha os seus receios e ansiedades faleceu logo pela manhã. Calma, sem sofrer, como gostaria de ter ido. Esta foi uma morte assistida de perto pois presenciei na altura. Fica aqui o registo da surpresa e desassossego que isto envolve o enfermeiro que estava de noite e de repente não esperava esta situação pois hora antes tinha estado com ela a dar-lhe apoio. Ainda nessa manhã faleceu o sr. José na presença da esposa pacificamente e controladamente tal como se preconiza. Uma surpresa, algo esperado. O que é certo é que estas situações envolveram o máximo de cada um dos profissionais e familiares pela presença, emoção e cuidados pós morte.

PS: na tarde no hospital mais uma “palição” com a família da D Helena que sofre por ver a avó a sofrer (apesar da sedação instituída)

ANEXO XV
Reflexões sobre os quatro pilares dos Cuidados
Paliativos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio II **Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha** **Pilares dos Cuidados Paliativos - Apoio à Família**

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

As famílias são um pilar importante no contexto de cuidados paliativos, quer pelo apoio que dão aos seus familiares em sofrimento, quer pela própria necessidade de cuidados para ultrapassar o sofrimento que adquirem por ver e sentir os seus familiares em fase de doença terminal. As famílias são ótimos aliados em todo este processo final de doença e não devem ser esquecidos pelos profissionais, nem durante, nem após o internamento, pois o processo de luto é individual e particular para cada pessoa e para cada família e como tal deve ser trabalhado nesse sentido (Barbosa e Neto, 2010)¹⁰.

Em qualquer âmbito dos cuidados, o termo família deve ser alargado a todos os que apoiam a pessoa doente desde família de sangue, amigos, entes queridos... A presença destas pessoas tem de ter um contributo para o bem-estar do doente e deve ser entendido, para os profissionais de saúde, como um valor de auxílio para os cuidados e não como um empecilho a evitar ou a afastar. A política das visitas tem vindo a mudar nos contextos hospitalares e tem vindo a ser formalizado por decretos-lei (como a recente alteração nos acompanhantes nos serviços de urgência) ou por diplomas lançados por entidades como o Ministério da Saúde¹¹.

Uma das opções é a criada pelos profissionais da unidade de cuidados paliativos na casa de saúde da Idanha com a indicação serena de que a “família podem permanecer junto aos seus 48h por dia”. Esta permanência não é em vão. Ao permitir a presença dos familiares contribui-se para a adaptação da pessoa recém admitida em cuidados paliativos, do bem que sabe estar perto das pessoas que gostam e o acompanhamento nos últimos momentos de vida da pessoa doente. Este é o género de exercício que regularmente executo no meu serviço, onde tenho uma formalização relativamente ao acesso de visitas (que é necessário para organizar o serviço), mas facilmente pode ser ultrapassado com a percepção de que é necessário adaptar algo a esse padrão de visitas por necessidade do doente, da família ou da situação de doença vivida, dentro das possibilidades do serviço.

Uma das capacidades adquiridas ao estarmos em ambientes diferentes da nossa prática profissional usual é a percepção do que de melhor é feito nessas áreas e tentar adaptar para nós. Neste caso, em cuidados intensivos apenas posso reportar para o imprevisto e agir de acordo com a realidade pontual do momento. Considero o apoio que a família dá e deve receber como fundamental para a vivência de uma família no contexto de doença grave como a vivida no meu serviço. Da perspectiva que tenho quando intervenho junto a uma pessoa que tem o seu parente internado em situação crítica e, do ponto de vista visual, aparatosa é a de transmitir uma postura de tranquilidade sem promover esperanças antecipadas e fornecer resposta “encomendadas” para o que querem ouvir. Outro aspecto é a presença e

¹⁰ Barbosa, A. e Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (2ª edição)

¹¹ <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

permanência para as necessidades que surjam. Conto sempre que as pessoas com quem estou também podem ser contribuidoras para a o resultado dos cuidados a prestar ao doente.

Creio que se desmitificarmos o papel da família nos contextos de serviços de saúde podemos ter mais ajudas que embaraços. A disponibilidade e correcta informação podem ser ferramentas a utilizar com doses reguladas. Hoje em dia a necessidade e o acesso a informação adquirida em acessos de internet algo duvidosos ou descontextualizados da realidade da pessoa doente podem complicar o processo de apoio e comunicação. Este trabalho tem de ser realizado por nós enquanto enfermeiros que cuidam na globalidade uma situação de doença atendendo às especificidades daquelas pessoas e criar um conjunto de objectivos prévios (depois de identificar incidentes a actuar). O apoio à família é importante desde o primeiro momento, tendo de haver um acordo e estabelecimento de objectivos entre todos os elementos da família.

Durante esta prática clínica ocorreu uma situação onde a divergência de opiniões da família levou a que houvesse uma indefinição do internamento de uma utente. A opinião de dois filhos que empurravam a “culpa” associada ao internamento da sua mãe, acrescido de desentendimentos quando ocorriam períodos de maior prostração foi difícil de ultrapassar. O recurso a conferências familiares¹² e interdisciplinares são importantes para que se determinem os objectivos e acções conjuntas no sentido de levar que a família seja um pólo reconciliador e fomentador de cuidados para a pessoa que necessita de cuidados. Mas considero igualmente importante as reuniões ou contactos com as famílias sempre que necessário, com a devida objectividade e com os assuntos devidamente presentes para promover um acompanhamento contínuo e aperceber de novos indicadores a intervir como o que verifiquei ao longo deste estágio e tive a oportunidade de realizar com algumas famílias.

Este é um trabalho de apoio moroso e de construção permanente pois, como se verificou nesta situação, o encontro da família foi difícil de se concretizar, e quando aconteceu houve algum conflito latente pelo que a equipa tem de tornear estes efeitos adversos com uma postura correcta e adequada para a situação. Como foi sempre realizado um apoio gradual no sentido da equipa de enfermagem estar presente quando necessário, informar da situação e explicar as variações do estado de consciência reunir periodicamente e sempre que necessário com elementos da família. Houve uma abertura por parte de elementos mais difíceis de aproximar e neste momento, apesar de ainda existir atritos entre a família consegue-se adaptar aquela conjuntura familiar para bem da senhora internada.

Esta situação é um exemplo da necessidade de obter uma percepção sensível para os comportamentos das pessoas e desconstruir a relação para perceber onde, quando e como

¹² Neto, I. (2003). A conferência familiar como ferramenta de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 19, p. 6874

podemos intervir. A utilização de técnicas de comunicação adequadas, do estabelecimento de objectivos e directrizes prévios a uma conferência familiar, uma postura e disponibilidades importantes, são ferramentas que a equipa desenvolve e transmite a todos. Por exemplo a utilização de genogramas permite visualizar a árvore da família e os laços entre as pessoas, programando onde se pode recorrer, a quem recorrer... A vantagem de visualizar e reduzir os laços familiares é ideal para aos pouco conhecer as características de uma família otimizando as relações existentes.

Na minha realidade profissional, e atendendo ao que observei no estágio, a aplicação de genogramas pode ser uma ferramenta que encurta algumas complicações decorrentes não só do acompanhamento da família mas da gestão de informação e contactos com essa mesma família. É uma possibilidade a promoção desta ferramenta em cuidados intensivos (e com nexos de uma forma generalizada em todos os serviços), pois permite a cada enfermeiro dispor de uma visualização rápida das ligações familiares e posteriormente intervir onde considerar haver problemas ou necessidades de interferência para bem da pessoa doente.

Este processo é construído por base em informações colhidas ao longo do tempo. Este factor tempo promove outra situação que as famílias me transmitiram como difícil de viver, a espera pela morte. Na unidade de cuidados paliativos promove-se a “transferência” possível do ambiente caseiro de cada uma das pessoas com devido acompanhamento. Fica na memória o registo de alguns familiares que sentem o sofrimento de viver o decaimento progressivo do estado das pessoas que amam. Foi-me referido em diversas ocasiões este sentimento de impotência, de adiamento, de tormento que vivem, surgindo nestas ocasiões o levantamento de assuntos relacionados com a bioética e mediatizados nos media.

Por vezes senti-me eu também incapaz de ultrapassar as necessidades destas famílias. Como tive a oportunidade de trabalhar com pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica e seus familiares senti que o desespero de saber como vai ser a evolução da pessoa associado ao aspecto de ser inevitável a morte é gerador de momentos acima referidos. Apesar de lançar os argumentos de conforto garantido, atenção aos descontrolos sintomáticos e preocupação pela qualidade de vida, a certeza da morte é destruidora deste bem-estar assegurado. A realidade que conheceram na maior parte das suas vidas de pessoas activas, com bastante energia, bem dispostas e de repente vêem-se numa posição completamente diferente.

O nosso papel enquanto cuidadores não se limita apenas no período de vida da pessoa. Neste contexto lembrei que para além da preparação do corpo existe um trabalho importante com as pessoas que cá ficam. No contexto de cuidados paliativos, apesar de verificar que a perda verificada é constrangedora, não só pela morte da pessoa (que se promove dentro de uma tranquilidade possível) mas pelos sentimentos gerados pela percurso

do internamento e da espera referida, que necessita de ser trabalhada para evitar processos de luto complicado ou patológicos.

A par do que tenho assistido e permitido em cuidados intensivos, o acompanhamento dos familiares nos últimos momentos de vida de uma pessoa promove uma paz necessária e diminui a distância da ocorrência de óbitos longe da casa das pessoas. Por não ser possível cumprir esse desejo de um momento familiar em casa, o mínimo que podemos fazer é personalizar os desejos de cada família em realizar a despedida mais adequada às circunstâncias possíveis e fica na memória quando essa despedida é feita. Em poucas situações houve um acompanhamento dos últimos momentos das famílias aos seus entes queridos mas quando ocorre é um momento de aproximação ao processo social do luto. Infelizmente não temos uma ideia do acompanhamento pós internamento em cuidados intensivos, mas nas UCP decorre esse acompanhamento aos familiares o que promove uma sensação de completude ao intervir nos cuidados, não até à morte, mas para além dela.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio II
Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha
Pilares dos Cuidados Paliativos - Comunicação

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

A comunicação é um processo através do qual se pretende transmitir algo numa forma directa e objectiva, por mensagens em canais adequados, mas que também se transmite algo involuntariamente e subjectivamente pelas acções decorrentes do silêncio, da postura, dos gestos, do olhar. Em cuidados paliativos a importância deste acto é desafiante pelo estímulo que produz e pela noção de que apenas falar não basta¹³. É necessário que cada profissional desenvolva um conjunto de perícias de forma sustentada e adequada, tendo a humildade de perceber que uma palavra deslocada, ou uma abordagem menos correcta pode deitar a perder um conjunto de relações e comunicações estabelecidas entre os profissionais, as pessoas doentes e os entes queridos.

Muitas vezes fazemos uma comunicação não cuidada. Baseada pelas nossas experiências, na nossa necessidade de acalmar as pessoas sem pensar nas consequências, informando o que não é da nossa responsabilidade e não informando o que é da nossa competência. A Ordem dos Enfermeiros estipula nos nossos estatutos o dever de informar (art.º 84º do código deontológico) onde na alínea a) devemos informar o doente e família acerca dos cuidados de enfermagem realizados, e a realizar. Considero que esta informação deveria ser devidamente tratada e programada no sentido de adequar à situação com que nos deparamos¹⁴.

Nesta experiência por cuidados paliativos tive a oportunidade de verificar o que de melhor se faz quanto à transmissão de informação, quanto à revelação de informações e quanto à forma como esta é transmitida. O recurso a um protocolo delineado por Buckman¹⁵ onde através de 6 fases permite otimizar a comunicação de más notícias pode ser utilizado e inferir para a transmissão de informação e de encontrarmos em cada um de nós uma postura (treinada) para estabelecer um padrão de comunicação ideal para com a pessoa doente e seus familiares. Nesta situação prática percebi que para além da disponibilidade por mim demonstrada para atender, na minha prática profissional, a famílias das pessoas doentes em cuidados intensivos, precisava de tornear alguns aspectos para que conseguisse estabelecer plenamente uma ligação com essas pessoas. E fiquei muito satisfeito quando, após ter absorvido na teoria e na prática aspectos ligados com a comunicação, consegui desenvolver uma reunião entre mim e duas familiares de um senhor que estava internado na minha unidade de cuidados intensivos em situação final de vida.

Apesar de termos regras relativamente ao acesso das visitas e de ser um serviço que necessita dessas regras, quando é permissível e possível “quebramos” as normas que torne

¹³ Barbosa, A. e Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (2ª edição)

¹⁴ Ordem dos Enfermeiros (2010). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx> [Acedido a 20/10/2010]

¹⁵ ibidem

menos isolado a relação entre a pessoa internada e os seus. Neste caso, após um internamento longo e com a evidência que não haveria mais a oferecer ao senhor em questão, a não ser a continuidade de cuidados de conforto e garantia da ausência de dor, foi combinado uma presença mais alongada e acompanhamento das pessoas significativas. No entanto tinham sido transmitidas informações pouco objectiva quanto a esta presença, e o serviço não se encontrava em condições ideais para visitas longas. Falar com a filha e esposa envolvia um contacto e comunicação de uma forma mais delicada e ninguém queria avançar com pena, receio, temor de dramatizar uma situação sensível como esta.

Apesar destas condicionantes tive a iniciativa de avançar para uma conversa e embora não tivesse opções relativamente ao ambiente adequado para uma conversa calma e confortável à uma da manhã, bastou ter presente a situação vivida, e perceber o que já lhe haviam dito. Então apercebi-me da confusão que havia sido transmitida e gerida para esta família, pois tinham informações que garantiam uma notícia de morte iminente, o que gerou uma angústia enorme para realizar uma despedida e permanecer no acompanhamento do senhor. No entanto nada indicava este desfecho para breve. A situação era grave mas não havia evidência de que a aproximação da morte tivesse por horas, antes pelo contrário.

De seguida estabeleci um conjunto de informação de forma calma, ponderada, recorrendo a informação adequada e adequada para o momento, e apercebendo-me do que queriam saber estipulando alguns limites, mas permitindo uma abertura para negociar e acima de tudo, para exporem os seus receios que basicamente girava em torno do abandono por parte da família e a sensação de solidão que transmitiria. Foi-lhes dito da importância dessa postura mas que apesar de não ser a mesma coisa o senhor nunca ficaria abandonado e todos os cuidados seriam no sentido de garantir o não sofrimento e manutenção da dignidade.

A comunicação foi de entendimento mútuo, mas tarde veio o médico apenas para assegurar a provável não iminência da morte do senhor e foi ponderado a vantagem de irem para casa tentar repousar com a garantia de que se houvesse alguma intercorrência ou se sentissem necessidade de apoio para ligar e pedir informação. Ainda ficaram até cerca das três da manhã, sempre com apoio disponível e acompanhando a situação do seu pai. Acatando que as informações foram correctas e que não haveria mais evoluções imediatas foram embora mais tranquilas e visivelmente mais calmas perante a ansiedade manifestada no início do contacto. O óbito ocorreu dois dias depois, na presença da família com as despedidas feitas e num clima sereno e poucas vezes vistos em cuidados intensivos.

Realmente é perante estas situações, embora ainda raras, mas importante que devemos apoiar as nossas formas de actuar em cuidados de enfermagem personalizados e com características comunicativas optimizadas, sem dar falsas esperanças e sem indiciar pressas, incómodos e sensações de distanciamento. Apesar de limitações de circunstância o sentido de

improvisação e adaptação é algo que tenho vindo a melhorar e a aplicar em contexto semelhantes. O conforto obtido pelos familiares é o reflexo da utilização de estratégias bem conseguidas e aplicadas como a postura na comunicação, o tom de voz, a disponibilidade entre outras características que tornam uma comunicação complicada em algo útil e necessário para o bem-estar daquelas pessoas.

Este tipo de acompanhamento da pessoa doente e da família é algo que tenho vindo a desenvolver e a aperfeiçoar, e para a qual a realização deste estágio em cuidados paliativos seu um contributo enorme. Tenho já competência adquiridas pela prática mas agora noto que alguns aspectos têm de ser melhorados um dos quais a gestão do silêncio. O processo não é fácil. Senti e ainda sinto muita dificuldade em gerir o silêncio. A necessidade de ter de preencher o vazio deixado pelo silêncio é constrangedor e contar até dez parece uma eternidade. A presença é importante e só por si é uma forma de comunicar mas a situação onde não se diz nada e a presença é baseada em quem inicia a próxima palavra é complicado. Sinto muita necessidade de não cair nesse silêncio e agora noto a forma como abordava as pessoas sempre com um discurso correcto mas que se houvesse indícios de acabar repetia informação.

Às vezes nessa quebra forçada do silêncio que surgem alguns atropelos na comunicação onde se diz o que não se deve. O risco de dar um indício ou informação antecipada pode ser complicado depois de voltar a ganhar confiança ou a relação terapêutica que foi construída ao longo de um internamento. Foi uma das dificuldades encontradas nesta prática clínica, mais do que as questões operacionais e organizativas do serviço, mas que considero superado precisamente pela informação teórica adquirida, pelas experiências vividas e pelo treino adquirido ao longo do estágio. Tenho de ter presente algumas estratégias para superar esta situação nomeadamente interiorizar a necessidade de por vezes haver silêncio e desvalorizar o constrangimento desse silêncio. Este tipo de habilitação desenvolve-se, e com a vivência das cada vez mais situações, serão ultrapassadas. Tenho confiança nisso.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio II
Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

O pilar do controlo sintomático, dos quatro atribuídos aos cuidados paliativos, é o mais visível e cuja ênfase vai maioritariamente para a avaliação e controlo da dor. António Barbosa e Isabel Neto¹⁶ mencionam que se se incidir as actuações em cuidados paliativos exclusivamente no controlo de sintomas, não há garantias que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento das pessoas, e que se se descuidar o controlo sintomático estamos a inviabilizar o sentido e a qualidade de vida que restas a essas pessoas, o que leva a justificara a sua importância mas não exclusiva.

Na realidade existem uma série de sintomas cuja actuação é determinante para a qualidade de vida mas também apercebi-me de que existe um sistema de parceria envolvido em competências e parceria que permite uma actuação interdependente no controlo de sintomas com prescrições claras por parte dos médicos e uma administração bem ponderada por parte dos enfermeiros. Promover o controlo de sintomas em cuidados paliativos foi um desafio interessante e de descoberta de novas opções terapêuticas desconhecidas até agora. São imensas as variedades de fármacos e conjugações possíveis que permitem obter uma eficácia pontual de acordo com a pessoa doente em questão e uma eficiência relativamente à sua utilização. Ainda me lembro da estranheza ao conhecer uma aplicação oral de fentanil através de uma apresentação sob a forma de chupa, de utilização complementar para alívio de dor, empregada sem o receio e o “fantasma” anexo aos opióides e seus derivados.

De facto, e falando especificamente da dor, o que achei mais conflituoso com a prática exercida em cuidados intensivos e das possíveis abordagens terapêuticas quando na presença de dor é a facilidade e objectividade com que se trata este sintoma. Existe em cuidados paliativos e nos cuidados intensivos uma noção correcta da farmacologia, dos riscos e efeitos primários e secundários da medicação, mas a simples abordagem deste tema e da inclusão nos cuidados ao doente intensivo levantam logo o aparecimento de questões bioéticas.

Certo dia, tive a oportunidade de falar com um colega enfermeiro e uma médica acerca da minha experiência em cuidados paliativos, das possibilidades terapêuticas e das opções usadas, as quais temos ao nosso alcance e que, com a monitorização constante que existente em cuidados intensivos, existe o receio de utilizar. Quando abordei a questão da morfina todo o tema da conversa desviou-se para as questões de eutanásia, efeitos secundários da morfina e o que significava a sua utilização. Ainda tentei desmistificar estes conceitos ao referir que a sua utilização significa a diferença entre um controlo de dor mais adequado e para o conforto/qualidade de vida da pessoa doente. Apesar de entenderem e o saberem a conversa desviou-se outra vez para as questões do suicídio assistido e as questões mediáticas de cuidar pessoas em fim de vida. Ainda tentei novamente uma abordagem mais consensual e

¹⁶ Barbosa, A. e Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (2ª edição)

desmistificada, falando da existência de evidências científicas e utilização de fármacos em forma gradual e preconizadas por entidades como Organização Mundial de Saúde¹⁷, mas era difícil desconstruir as ideias agregadas.

Esta situação comprova-me que a desestruturação de ideias agregadas e muitas vezes mitificadas são suficientes para impedir o progresso/inclusão de novas formas de tratar e cuidar. Apesar de haver muitas fontes de informação e, em certos casos, formação disponível não verifico muita vontade de mudança, pois recorre-se repetidamente aos métodos e esquemas existentes e ao conforto da rotina. No fundo isto aplica-se em maior ou menor grau a um conjunto de profissionais/serviços. Esta reflexão acaba por evidenciar algo que mudou na minha forma de pensar e que estaria certamente agregada se não tivesse a oportunidade e vontade de aprofundar novas vertentes dos cuidados. A mudança é sempre difícil mas não impossível pelo que considero que introduzindo temas e alterações pontuais conseguir-se-á evidenciar outros objectivos nos cuidados a doentes intensivos. Uma ferramenta que temos para utilizar será a formação e divulgação de informação. Para desestruturar alguns conceitos e mitos agregados a uma vida profissional, temos de ir pesquisar as evidências e mostrar a quem de direito, não com um sentido destrutivo e crítico, mas de construção e implementação de novas práticas e conhecimentos sempre com o objectivo de proporcionar o melhor para a pessoa doente.

Outro factor que achei interessante e pouco difundido é a utilização de vias simples e eficazes como a subcutânea na administração de fármacos. A hipodermoclise¹⁸ é uma forma pouco utilizada e que se houver indicação, permite com que se administre fármaco de uma forma praticamente indolor, sem recurso a grandes técnicas e com vantagens de prevenir infecções. A variedade e dosagem dos fármacos existente é suficiente para promover um controlo sintomático adequado e eficaz para as necessidades das pessoas doentes. Fácil de utilizar, mais confortável para a pessoa, exige uma técnica pouco agressiva e com eficácia demonstrada. Limitada por situações como edemas ou dificuldades no esvaziamento ganglionar e com ritmos baixos de perfusão. Quanto a mim é uma opção viável e bastante útil em cuidados intensivos, evitando substituições de acessos venosos centrais recorrentes e por sinais inflamatórios (pois permite o descanso das zonas de punção dos acesso venosos e permite eventualmente evitar o recurso a essa técnica).

Analisando a aplicação prática desta técnica, e agora mais desperto para o assunto, a utilização em cuidados intensivos é viável e esta mudança seria um exemplo de sugestão, por parte dos cuidados de enfermagem, para melhorar os cuidados às pessoas doentes. Este tema

¹⁷ Organização Mundial de Saúde (2010). Pain Ladder.

<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> [Acedido em 20/10/2010]

¹⁸ Marques, C et al. (2005). Terapêutica subcutânea em cuidados paliativos. Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 21, p. 563-568

pode inicialmente gerar alguma fricção mas a forma de administração de fármacos é uma competência que podemos e devemos utilizar como princípio de sugerir mudanças. Cabe aqui um papel activo da formação e da conjugação das formações entre grupos profissionais e não apenas formações separadas e distantes, ainda que se fale de aspectos importantes para todos.

A utilização de hipodermoclise tem cabimento em situações comprovadas como terminais, e cujo sofrimento e risco de técnicas invasivas não tem mais utilidade. São conhecidos os riscos de infecção e da propagação de infecção pelos acessos venosos pelo que o recurso a administração de fármacos para conforto podem ser diversificados e optimizados sem desconforto acrescido para a pessoa e com menor impacto para a família. Recentemente tive a oportunidade de comprovar que a sua utilização teria todo o sentido, mas cuja sugestão foi adiada pela possibilidade de acesso venoso obtido momentos antes. Esta área terá de ser abordada e farei questão de o fazer em breve pois cada vez mais temos situações que requerem intervenção para a promoção de atitudes paliativas e correctas em contexto de fim de vida nos cuidados intensivos. Por poucos casos que possam surgir, a aplicação neles será um benefício para quem está em situação terminal.

Estes são dois exemplos que existem de forma natural em cuidados paliativos e cuja introdução nas outras áreas de cuidados pode ser possível e, digo eu, ideal. A utilização destes conhecimentos leva a que tenhamos de ultrapassar algumas barreiras individuais e profissionais, fazendo algo para o qual não estamos treinados. Desafio do que não conhecemos é um factor a ser explorado e não evitado. Devemos agir em conformidade com o que temos à nossa frente, quais os sintomas que se nos apresentam.

Existe um conjunto mais frequente de sintomas em cuidados paliativos e que são também presentes em cuidados intensivos. Sintomas encabeçado pela dor, mas que variam desde a dispneia, estridor, confusão, agitação, mioclonias, xerostomia, retenção urinária, perda de consciência e situações de urgência como a asfixia, hemorragia, oclusão intestinal. Para cada um deles há soluções e para cada acção tem de haver uma vigilância. A diferença no controlo sintomático não decorre tanto dos sintomas e das suas soluções, mas da confiança depositada entre os elementos das equipas e nos julgamentos efectuados por cada um desde o momento da prescrição até à administração dos fármacos. Este funcionamento tornar-se-ia exemplar e adequado para os cuidados às pessoas que manifestam sintomas incómodos e inquietantes, mas cujo controlo daria uma qualidade de vida superior (como vem preconizado no artigo 82º do código deontológico dos Estatutos da ordem dos Enfermeiros¹⁹) e maior tranquilidade possível até chegar um momento de cura (em cuidados intensivos) ou da morte.

¹⁹ Ordem dos Enfermeiros (2010). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx> [Acedido a 20/10/2010]

Considero que a partilha entre áreas da saúde só beneficia os cuidados prestados e, felizmente, a diversificação de competências, habilitações e procura de novos temas contribui para que se verifique uma mudança gradual mas presente das actuações em cuidados de saúde. Para isso cabe também aos gestores e responsáveis pela formação organizar e difundir essa vontade e dar espaço a que se promovam formações que apesar de parecerem descontextualizadas e de não terem um impacto maior nos profissionais, acabam por introduzir temas que podem gerar frutos num curto espaço de tempo.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio II **Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha**

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

O que se encontra quando falamos em “trabalho em equipa” não é mais do que a soma de trabalhos de várias equipas que, uma vez juntos, permite sobressair ou impor um conjunto de medidas estabelecidas por alguns elementos de uma dessas equipas. Os cuidados prestados às pessoas deveriam emergir de acções coordenadas e entrelaçadas pelos vários profissionais, dos grupos com papel interventivo e de decisão. Praticamente encontra-se um desagrado acerca da forma de trabalhar em equipa, nomeadamente em contexto da saúde, gerando descontentamento e ambientes adversos onde todos têm a sua dose de culpa e sem determinação para alterar o que se encontra errado.

Esta é uma das diferenças encontradas quando entrei no ambiente de cuidados paliativos. Existe uma tipologia de problemas que surgem quando se cuida de pessoas e suas famílias, assim como situações novas e diferentes de pessoa para pessoa, que são resolvidas com aparente facilidade através do trabalho em equipa de forma interdisciplinar. O respeito que emerge por todos os intervenientes, com apreço a todos os aspectos e opiniões (sem prejuízo da forma ou conteúdo da opinião) e a objectividade das suas decisões (para que o cuidar que a pessoa precisa assim como da sua família possa trazer o que de bom necessitam e encorajando uma esperança realista) é uma vantagem nos cuidados prestados. Na verdade não existe uma perda de identidade pessoal e profissional nesta forma de trabalho. A forma de reunir e discutir é que envolve uma metodologia comum e é aqui que reside a diferença entre o bom funcionamento em equipa²⁰.

Relativamente ao envolvimento das equipas profissionais, a reunião periódica onde se discute aspectos relevantes não só da situação das pessoas mas do cenário global dos cuidados paliativos é determinante para um envolvimento e motivação destas pessoas para um objectivo comum desta área de cuidados. Das reuniões assistidas durante este estágio foram sempre abordados aspectos relevantes para o processo de cuidados paliativos em Portugal e da necessidade de otimizar e objectivar o que são cuidados paliativos devido à sua inclusão em contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)²¹. Apesar de funcionar com método próprio atendendo a um processo burocrático e funcional, existe o sentimento de que os cuidados paliativos não são percebidos quanto à sua real função, o que levanta problema posteriores quanto à prestação e admissão de pessoas para paliar que não tem critérios ou que poderiam entrar numa fase mais avançada da sua situação clínica.

Fiquei surpreendido, com o problema partilhado pela equipa, quanto ao desfasamento de cerca de 5 meses entre a inscrição na RNCCI e a admissão nas unidade de cuidados paliativos, o que permite supor que neste período de tempo existem pessoas que não são

²⁰ Barbosa, A. e Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa (2ª edição)

²¹ Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (2010). <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx> [Acedido em 22/10/10]

acompanhadas devidamente quanto aos cuidados que necessitam para que a sua qualidade de vida não se deteriore em fase final de vida com descontrolo sintomático. Nesta equipa senti a preocupação acerca deste problema e verifiquei que a postura de ficar de braços cruzados não é a tomada. Facilitada por ser ainda um grupo relativamente pequeno e acessível para intercâmbio de ideias, os actos e soluções apresentados são interessantes de ouvir e importantes de se porem em prática, e que são transmitidos atendendo a formação (interna e externa), pela participação em reuniões da especialidade e da saúde, e pela mediatização quando necessário ou requerida.

A preocupação que existe a nível macro transmite-se e motiva a nível interno para o serviço, pois o grande objectivo é mesmo promover cuidados de excelência a pessoa que necessitem de cuidados paliativos, e foi este ambiente que “absorvi”, quanto a mim muito bem, com a minha presença e participação nesta equipa. Actualmente vivo, na minha experiência profissional, uma lacuna de dificuldade de trabalho em equipa, visto não existir uma postura de debate sobre questões relativas aos cuidados e tratamentos a realizar às pessoas, das suas necessidades e prioridades a ter perante um caso específico que temos de cuidar. Não que não haja diálogo e sugestão de ideias mas tenho descontentamento de não ser algo mais integrado no processo de cuidados. Verifica-se a existência de grupos profissionais separados, com características e funções específicas que, eventualmente, podem abordar uma questão de forma pouco participativa e mais impositiva.

A inexistência de reuniões do serviço é um problema que tem de ser lidado e o qual só consigo, para já, apenas intervir a nível de equipa de enfermagem. Claro que tenho sensação do processo elaborado dentro da própria equipa, mas observando uma realidade como esta que vivenciei em estágio deixa-me com ideias e motivação para agir e mudar em contexto profissional e aplicar o que vem descrito nos estatutos da Ordem dos enfermeiros relativamente aos deveres para com outras profissões (Artigo 91º)²². Penso que a estratégia passa por algo que pode ser motivo de união para otimizar o trabalho em equipa que é a inclusão de um terceiro grupo que promove a união das classes profissionais, a pessoa doente/família.

O acompanhamento que se pode realizar conjuntamente com a família é visivelmente um pólo de união entre os profissionais em cuidados paliativos, ou seja, ao querer intervir no eixo pessoa doente/família tem de haver canais de comunicação e de informação que permitam estabelecer decisões mas de forma conjunta onde, apesar de haver uma aceitação do papel decisório de cada função profissional, os contributos de ideias e o debate de prós e contras de cada situação pode ser determinante para que os cuidados sejam os mais indicados, e que

²² Ordem dos Enfermeiros (2010). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx> [Acedido a 22/10/2010]

muito do que é feito possa ser filtrado. Um primeiro passo passa pelo envolvimento da equipa de enfermagem e motivar para esta realidade, através de um discurso positivo e motivador, embora as vozes contra sejam sempre maiores e em maior número. Esta abordagem é mais sensata e permite gradualmente introduzir a mudança, porque sei por experiência que existe permeabilidade dos elementos para absorver boas práticas, nem que seja por reprodução como o facto de acompanhar visitas nos primeiros dias de internamento e sempre que necessário.

Outra actividade que não existe formalmente e frequentemente em cuidados intensivos, e que podem ir absorver boas práticas em cuidados paliativos, é a realização de conferências familiares o que implicaria a obrigação e vantagem de um debate prévio entre as equipas profissionais acerca da situação daquela pessoa doente e pensar somente naquela situação (envolvendo um levantamento de informações, uma análise da situação permitindo ver os pontos fortes e fracos para o estabelecimento de um grupo de decisões clínicas e de cuidados) e que seria exposto à família (e se possível ou quando possível à pessoa internada) numa reunião entre as partes envolvidas e que devidamente planeada, com objectivos definidos, informações realistas e necessárias para aquele momento seriam abordadas.

Considero esta actuação uma mais-valia, e apesar de não haver treino e prática para a realização de conferências familiares como em cuidados paliativos, penso que pelo menos a abertura para reunir as profissões, e a partir daqui procurar formação mais específica sobre como efectuar estas conferências, seria uma vitória. Sei que a tarefa não é fácil e que ainda devo sofrer pelo deslumbramento de um serviço que realmente promove boas práticas, mas o problema está identificado e adoptando a postura da equipa paliativa, não fazer nada não ajuda a que se progrida para os cuidados que pretendemos para as pessoa que se vem em necessidade de cuidados.

Estas reuniões e conferências permitiram o meu desenvolvimento de competências em diversos níveis como a comunicação, abordar e partilhar questões difíceis e complexas relacionadas com os cuidados de uma forma geral (como o caso da Esclerose Lateral Amiotrófica) e actuar nas situações presentes no serviço. Estas situações fizeram reflectir a prática quer nestas reflexões, quer nas passagens de turno, quer nas reuniões realizadas. O que é certo é que denotei a importância de trabalhar em equipa através de bons exemplos demonstrados e desta forma tomar decisões em conjunto, assim como dar hipóteses de decisões a tomar.

ANEXO XVI
Reflexão final de estágio na UCPSBM na CSI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reflexão do Estágio II **Unidade de Cuidados Paliativos na Casa de Saúde da Idanha**

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

Ao fim de 15 anos como enfermeiro com actividade em áreas da medicina e cuidados intensivos é gratificante observar que há realidades na nossa profissão que surpreendem pela positiva e que apesar de ainda recentes (do ponto de vista da formalização) permitem fazer reflectir num contexto de estágio sobre estes anos de prática, explicando o que se fazia e vivia, e abrir caminhos para o que se pode fazer nas áreas dos cuidados intensivos. A abertura de hipóteses que os cuidados paliativos podem contribuir para melhorar os cuidados intensivos é muito grande, nem que seja para humildemente assumir que apesar de ter a ideia que prestava cuidados paliativos na unidade onde trabalho é errado. Na verdade é que podemos prestar cuidados em situações terminais com um pouco mais de filosofia de cuidados paliativos.

Uma das razões que optei por um estágio em cuidados paliativos, foi por ter a pretensão de prestar cuidados deste nível em situações terminais. De facto a vivencia de situações terminais são um princípio para pensar e questionar sobre as nossas acções dos profissionais, formas de lidar com o doente e família, postura, abordagem a uma situação difícil, e isto tudo para mim seria palição. Tive de facto oportunidade e iniciativa de aflorar alguns temas e realizar trabalho direccionado para áreas da palição como por exemplo tornar mais objectiva a avaliação da dor em contexto de cuidados intensivos, ou promover acompanhamento da família em situações iniciais do internamento, ou seja, alguns actos que aparentemente simples e eficazes podem minimizar sofrimento quer à pessoa doente quer aos familiares que acompanham esta situação. Foi assim que propus melhorar os cuidados paliativos que se prestavam no meu serviço. Engano por inocência.

Como foi corrigido inicialmente e rapidamente, não se prestam cuidados paliativos no meu serviço, o que se tem são atitudes paliativas. Esta diferença enaltece a existência e importância de para além de uma especialidade diferente e com acções própria como os cuidados paliativos, existe uma filosofia de cuidar, uma forma de estar e agir muito própria. Esta oportunidade de estagiar numa unidade de cuidados paliativos, o facto de ser a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) da Casa de Saúde da Idanha e de ter estado 8 semanas com aquela equipa foi um privilégio. Este período de tempo permitiu mobilizar e adquirir competências, conhecimentos e comportamentos essenciais para o meu percurso como profissional, pois cada dia e cada experiência são aproveitadas para melhorar os cuidados prestados e para isto contribui o contacto com a prática e com quem pratica.

Encontrei uma equipa de enfermagem estar muito direccionada para os cuidados paliativos e, apesar de terem diversas formações, profissionais e académicas, conseguem promover espaços importantes para que a figura central dos cuidados seja sempre a pessoa e a sua família. A par do que vem descrito em documentos sobre o trabalho em equipa, verifiquei que todos os outros profissionais envolvidos contribuem activamente entre todos para que o objectivo do bem-estar da pessoa e família, da qualidade de vida e cumprimento de objectivos

mediante a sua possibilidade e necessidades espirituais e o acompanhamento pós morte seja uma naturalidade mais próxima do acompanhamento realizado em tempos idos onde este processo era feito em casa.

Verifiquei que o segredo para o bom funcionamento subsiste num apoio mútuo e disponibilidade necessária, envolvida num clima de confiança e transparência invejável e pouco visto noutros serviços que eu tenho conhecido. Parece uma receita e para isso contribui a *Chef* como um dos factores importantes para agregar, gerir e estar presente como elo de ligação. A postura e presença da Enf.^a Chefe Fátima Oliveira é, quanto a mim, um exemplo a seguir. Como em muitas situações uma pessoa não faz a equipa mas ajuda muito, e a liderança observada e vivida contribui como ponto de ancoragem dos diversos profissionais e utentes desse serviço. A liderança não directiva mas colaborativa que exerce, assim como a forma adequada de integração de elementos e alunos, são uma lição a tirar, pois apesar da equipa ser pequena e mais familiar, não torna a sua tarefa mais fácil, antes pelo contrário.

O tempo que estive sob orientação da Enf.^a Fátima contribui-o para a minha mudança de perfil quanto à supervisão clínica e futuras actuações. Por ter uma postura e forma de estar semelhante, apercebi-me de mecanismos de disponibilidade, empatia, criação de espaços próprios para formação, gestão, integração e orientação, não só a mim como aos seus enfermeiros, médicos, psicólogos, auxiliares, voluntários... Senti que é possível envolver as pessoas de forma simples e conseguir que os objectivos estipulados pela chefe sejam atingidos, sem recorrer (tanto) à imposição, ou à autoridade. Este contributo também o senti pela forma admirável como fui integrado na equipa, onde demonstrei capacidades de trabalhar e participar nas suas dinâmicas e reuniões de forma objectiva e ponderada.

A minha alteração de comportamento, sendo mais interventivo e participativo nas partilhas de experiência regularmente realizadas semanalmente, mas também quando necessário, foi enriquecedora pelo facto de ter podido identificar (e aperfeiçoar este mecanismo de identificação), assim como poder desenvolver capacidades de comunicação entre equipa, e observar as tomadas de decisão e formas de as deliberar. Esta foi um ganho muito bom para a minha prática pois estive presente em diversos momentos onde as dúvidas surgiam e os debates emergiam, mas aplicando algumas regras de estabelecimento de decisão, em especial aplicadas em cuidados paliativos com a instituição de objectivos precisos e garantias claras de balanço entre as vantagens e desvantagens de tomar uma decisão ou dar essa decisão para a pessoa em causa. Ocorreram casos onde pude participar e lançar ideias e sugestões, das quais obtive um feedback muito positivo por parte de quem lida com estes cuidados de forma quase natural, o que foi muito gratificante.

Este aspecto da decisão foi um dos objectivos *major* propostos para este estágio²³. Apesar de académico e de ser tratado essencialmente num documento em forma de artigo considero que contribui para a minha percepção enquanto profissional de saúde envolvido em questões e dilemas de forma frequente e que necessita de ferramentas para argumentar decisões tomadas por quem de direito. Estas reuniões fizeram com que desenvolvesse mais competências na identificação de problemas, formulação de soluções e analisar de forma crítica as decisões e suas aplicações. A autonomia pode ser uma palavra que é limitada quanto ao nosso conteúdo funcional em enfermagem, mas trabalhar a decisão em equipa e poder ganhar confiança para ter a iniciativa de começar um processo de decisão é algo que pretendo futuramente. Atendendo aos resultados esperados e obtidos relativamente aos cuidados prestados às pessoas doentes tentarei reiniciar processo de reunião com outros profissionais no meu serviço para oficializar certas decisões para evitar maus entendidos como alguns mais recentes.

Numa ocasião há pouco tempo estive envolvido numa situação onde pus em prática a experiência adquirida neste estágio, o que me deixa mais satisfeito pela escolha realizada. O acompanhamento que realizei a uma senhora que foi visitar o marido que no dia antes lhe tinha falado, e que menos de 24 horas depois estava em fase agónica é complicada de gerir. Mas as ferramentas de comunicação apreendidas, a disponibilidade, a presença e o toque, as garantias de não sofrimento fizeram com que pudesse gerir a situação que de outra maneira teria passado imediatamente a responsabilidade para o médico. Este sentimento de evitar o confronto com situações delicadas em fim de vida é um processo que tenho vindo modificar aos poucos mas que agora sinto mais segurança pois estes 2 meses foram essenciais para solidificar esta consciência.

A área de cuidados paliativos tem um mundo de pesquisa enorme mas baseei-me, como forma de orientação, por delimitar e reflectir sobre os denominados pilares de cuidados paliativos, a saber: controlo sintomático, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa. Cada um dos temas individualmente contribuem colectivamente para cuidar da pessoa e auxiliar um profissional a perceber este ambiente e filosofia de cuidados paliativos²⁴. Tive a sensação inicial que iria obter mais do que iria contribuir, mas sei que qualquer presença promove um ambiente diferente e é necessário estabelecer uma análise cuidada com focalização nos pontos fortes e fracos, assim como das oportunidades e ameaças que existem.

Esta estratégia sinto-a cada vez mais aperfeiçoada. Acompanhada de uma visão crítica e a exigência de adquirir competências em contexto académico, foram armas que permitiram olhar de forma global para as necessidades e intervir nos cuidados às pessoas doentes e família.

²³ Também baseado no Modelo de Desenvolvimento Profissional lançado pela OE em 2009

²⁴ Ver as reflexões elaboradas sobre estes quatro pilares em cuidados paliativos

Com auxílio e apoio da Enf.^a Fátima desenvolveu-se um trabalho estratégico que surgiu como oportunidade de melhor cuidar em relação a duas pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e cujo fruto servirá para futuros casos na UCP. Por forma a criar um ambiente seguro e adequado a situações de ELA, presentes e futuras, criou-se um documento que pretende actuar no domínio da gestão de qualidade, abordando uma situação difícil de forma inovadora para o serviço com recurso a teoria e aspectos mais recentes da linguagem em enfermagem.

Apesar de conhecida a patologia e de não ser inaugural, houve necessidade de criar uma base comum para todos os casos de ELA pela disparidade que ocorre desde a fase de diagnóstico até à fase de palição, visto que precisamente o incidente crítico das duas pessoas com este diagnóstico revelou esta disparidade, o que tornou necessário intervir para evitar futuras recorrências. O objectivo essencial deste trabalho foi com que se recorre-se a ele para formalizar cuidados específicos para as pessoas a partir de um conjunto de informação e itens que permite validar o ponto da situação das pessoas que são admitidas na UCP e a partir dessa admissão ajustar pessoalmente quais os pontos a focar e o que ficou ainda por esclarecer. A elaboração do guia de cuidados apesar de generalista abrange questões como a ventilação mecânica não invasiva (VMNI), a alimentação por gastrostomia (PEG), indicadores para uma decisão em contexto clínico e aos aspectos específicos da comunicação de más notícias. Estas e outras questões foram determinadas pela sequência de necessidades pesquisada com o diagnóstico da doença e pode ser utilizada para a preparação de uma conferência familiar com a pessoa e sua família.

Este envolvimento permitiu-me desenvolver e empregar competência que as dirigi para este objectivo de promoção de cuidados e dinâmicas novas e actualizadas no serviço. Aproveitando os conhecimentos adquiridos pela prática e teoria sobre VMNI tive a oportunidade de elaborar uma formação sobre este tema adaptado às necessidades das pessoas com ELA e no decurso desse trabalho percebi que tinha todo o sentido trabalhar os temas acima mencionados. Fez todo o sentido esta realização a valer pelos comentários verbais que foram ditos pelos colegas, apesar de não ter sido bafejado com mais comentários ou sugestões.

A pesquisa deste tema serviu ainda para mobilizar algumas fronteiras sobre palição pois em certa reunião, cujo tema girava em torno de pessoas com ELA, tive a oportunidade de intervir e debater alguns conceitos e temas trabalhados nomeadamente a questão da decisão por parte da pessoa doente e a ventilação invasiva. Este utilização dos cuidados intensivos não está definida em contexto de cuidados paliativos com a devida profundidade, e chegou-se ao acordo que apesar de haver a possibilidade de prosseguir os cuidados a pessoas com ELA em contextos hospitalares e domiciliários (com o devido apoio), a utilização de ventilação mecânica invasiva pode ser uma opção a ter em conta quando se aborda a pessoa com a

devida antecedência e que a sua inclusão em cuidados paliativos pode ser analisada num processo de abertura saudável mas de difícil execução.

Após o debate, quer nas reuniões quer na formação realizada, senti-me mais envolvido e integrado na equipa, e nas reuniões semanais interdisciplinares, consegui manter uma atitude proactiva e participativa. A UCP utiliza um processo de intervenção baseado na criação e actualização de planos individuais de intervenção que permitem manter um plano de cuidados multidisciplinar em curso durante o tempo necessário. Pude participar na elaboração de 3 desses planos de forma inicialmente individual, mas que rapidamente foi absorvida pela equipa e acolhida com satisfação. Com a colaboração de todos e envolvimento para o bem comum da pessoa e família consegui mais uma vez interagir os aspectos teóricos trabalhados e fazer emergir os desejos e necessidades que aquela pessoa necessita para que tenha os cuidados direccionados para si.

O que me leva ao aspecto das capacidade de comunicação e os processo de a realizar. Tive a oportunidade de partilhar as minhas limitações iniciais como os receios de abordar assuntos que ainda não tivessem sido discutidos e que de alguma maneira prejudicassem o percurso terapêutico das pessoas doentes e dos profissionais. Este foi uma das minhas principais dificuldades de ultrapassar pois as minhas atitudes de informação que eu estava habituado no meu serviço não eram as mais indicadas para cuidados paliativos (e agora também as remodelei para cuidados intensivos). Parecia-me que havia sempre necessidade de informar as pessoas e família como se esta fosse uma carência e um dever para com eles. Apercebi-me que apesar de importante e de ser realmente um dever, esta informação tem de ser bem trabalhada e doseada. Para este desenvolvimento de capacidades contribui-o a leitura de temas sobre comunicação, em especial de más notícias, e a inclusão deste tema no trabalho sobre ELA pela sua pertinência de à medida que a doença avança e as decisões têm de ser tomadas, um bom processo comunicacional com contributos de Buckman ajuda a ultrapassar dificuldades sentidas²⁵.

Os desafios foram aparecendo e foram sendo ultrapassados. A minha participação neste estágio deixou-me com grandes perspectivas de poder modificar aspectos em cuidados intensivos como o acompanhamento da pessoa em fim de vida e os familiares (em geral), introduzir mais atitudes e técnicas paliativas aliando-me a pessoas que queiram promover mais e mais adequado conforto às pessoas que cuidamos em cuidados intensivos. Não só o meu desenvolvimento de aprendizagem profissional este presente neste estágio, o voto de confiança depositado, por ter interiorizado e vivido o que são cuidados paliativos, a sua filosofia e saber, a postura e prática exigidas surgiu com o acompanhamento pontual, que fiz no

²⁵ Ver a reflexão elaborada especificamente sobre a comunicação assim como o apêndice referente à comunicação no trabalho sobre ELA

final das 8 semanas de estágio, a alunas do 4º ano do curso base de enfermagem. Apesar da experiência em cuidados paliativos ter sido curta consegui até certo limite indicar e transmitir algumas noções básicas adquiridas neste contexto e contribuir para a formação inicial destas alunas para depois desenvolverem mais competências dirigidas para os seus objectivos.

Este serviço é muito rico e reconhecido para uma prática profissional notável, daí ter múltiplos pedidos de estágios, colaboração em trabalhos científicos e observação. Esta postura de ensino é, em parte explicada, pelo investimento pessoal e académico dos profissionais que trabalham na UCP. Nota-se que houve uma procura pelo aprofundar do tema e simultaneamente conseguem transmitir essas ideias e questões para os estagiários. Aqui elevou-se a fadiga e a necessidade que tive de investir em estudo foi mais exigente e trabalhosa para acompanhar o ritmo destes profissionais. Fica a gratificação de poder tido atingir o que pretendia e poder partilhar esta experiência com colegas e outros profissionais que, com a devida sensibilização podemos mudar os padrões de cuidados a quem necessita de palição em ambientes diferentes de UCP.

Apesar da disparidade que existe entre uma unidade de cuidados intensivos cujo intuito é curar e salvar as pessoas da morte, e uma unidade de cuidados paliativos cujo intuito é cuidar e promover qualidade de vida, sei que existem pontos comuns que bem identificados e trabalhados permitem ter serviços de nível optimizado para as práticas de enfermagem. Por poucas situações que existam nos cuidados intensivos que permitam aplicar um pouco do que aprendi pela pesquisa e pela prática em cuidados paliativos, estou certo que valerá a pena. Mais estarei mais satisfeito se, após iniciar formação e utilizar ferramentas e atitudes paliativas que tenham nexos, obtiver um apoio e acompanhamento por parte dos colegas e outros profissionais para contribuir para o bem-estar da pessoa que cuidamos bem como da família presente. As competências e comportamentos exercidas como especialista servirão para intervir perante as equipas e às evidências de necessidades de cuidados paliativos em pessoas com situações clínicas compatíveis com a fase terminal. Apesar de ainda faltar esta sensibilidade, a sua interiorização é possível e para isto contribuíram os conhecimentos adquiridos e aperfeiçoados enquanto enfermeiro com uma especialidade numa área vasta como a médico-cirúrgica mas que exerceu em nichos tão ricos como os cuidados paliativos (áreas que pela sua riqueza correm o risco de se tornarem, por si só, uma especialidade).

ANEXO XVII
Abordagem na Comunicação de Más Notícias
(Apêndice incorporado no Guia de Orientação - Pessoas
Doentes com ELA)

Nota introdutória

A **comunicação** é considerada um dos pilares para a boa prática de cuidados paliativos. Ao estabelecer contacto com outra pessoa permite desde logo iniciar um conjunto de sinais que, por muitos não é pensado, mas já é uma forma de comunicação. Todos os canais sensitivos permitem receber informação que será decodificada pelo outro, de maneira mais ou menos objectiva, com mais ou menos eficácia atendendo ao estado do receptor.^[6]

Em cuidados paliativos há uma preocupação acrescida na forma como se comunica pois todo o cenário de admissão, permanência e após morte de uma pessoa e da família que a acompanha é extremamente sensível e requer que qualquer comunicação deverá ser feita de forma gradual, ponderada, atendendo às especificidades e vontades daquele grupo. Existem técnicas e protocolos que facilitam quer a transmissão de notícias, quer o estabelecimento de oportunidades para que as pessoas manifestem os seus problemas e inquietações.^[2, 9, 10, 18, 19]

As normas editadas pela *European Association for Palliative Care* (EAPC) este ano solidificam a importância de boas técnicas de comunicação como **pré-requisito para cuidados paliativos de qualidade**, não só da relação entre profissionais de saúde e pessoas doentes, mas também entre estes e as suas famílias, e entre os próprios profissionais de saúde e serviços envolvidos nos cuidados. São muitas as variáveis envolvidas num processo comunicacional e mais pormenores tem de ser tidos em conta quando essa comunicação abordam más notícias, pelo que a abordagem deste tema necessita de ser relembrado e estruturado.^[9, 10, 18, 19]

Conceito de comunicação

A comunicação é muito mais do que a troca de informações. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2006, p.98)^[3, 19] comunicação é "... um tipo de Interação com as seguintes características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e

grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.”

Esta definição torna relevante, no processo comunicacional, a transmissão de sentimentos e que uma das formas de o fazer pode ser através de uma comunicação não verbal. Estes dois aspectos saem um pouco da esfera do esquema da comunicação clássico, mas no contexto de cuidados e transmissão de notícias é determinante para fazer passar uma mensagem mais honesta de outra ambígua. Estes são exemplos de factores difíceis de controlar quando estamos a lidar com o outro e queremos tornar a comunicação dirigida. [2, 3]

Alguns temas difíceis e dolorosos de tratar requerem **tempo, empenho e sinceridade**. Para os profissionais, que trabalham nesta área, torna-se desafiador informar de forma honesta e completa por um lado e respeitar as esperanças de sobrevivência ou de cura manifestadas pela família e pessoa doente. Se temos a necessidade de ter de omitir temporariamente alguma informação que necessita de ser adiada ou trabalhada, isto provoca algum incómodo na comunicação e necessidade de treino para o fazer. [2, 3, 6, 23]

Comunicação de más notícias

O diagnóstico de uma doença grave que envolve risco de morte, incapacidade e outras perdas, provoca sentimentos intensos e dolorosos. Esta tarefa é sempre penosa e difícil de realizar e cabe aos profissionais de saúde a sua execução. Má notícia pode ser determinada como uma informação que promove uma mudança futura drástica para o lado negativo da situação. [5, 7, 12]

Os profissionais temem por realizar uma tarefa para a qual não foram treinados, e têm de assumir as suas emoções e medos pessoais de doença e morte. Esta situação pode levar a que seja difícil iniciar uma conversação, o que torna a conversação: rápida ou insensível, grave ou solene; ou compreensiva. Esta última é a mais desejável e poderá levar pessoas e doente/família a diminuir o impacto dessa má notícia. [5, 7, 12, 19]

O **processo de comunicação de más notícias** foi desenvolvido por Robert Buckman em 1992, enquanto estratégia de comunicar as notícias menos boas a pessoas doentes com neoplasias. Entre as dificuldades dos profissionais de saúde em dar más notícias, encontramos o medo de ser considerado culpado, de falhar na terapêutica ou a sensação de impotência e de fracasso. Como o processo envolve também o receptor, encontramos neste o medo pela dor ou as reacções desenvolvidas pelos tratamentos a que é sujeito. ^[5, 7, 12]

Buckman identifica que as áreas onde haverá mais dificuldade em dar más notícias derivam: da exploração das emoções das pessoas, da necessidade de proporcionar as informações a um ritmo certo de acordo com a pessoa, e providenciar material escrito que auxilie na divulgação dessa notícia. Estas podem ser ultrapassadas de através de um planeamento adequado e atempado da abordagem à pessoa/família pelo que é importante antecipar necessidades de formação e ter um processo protocolado em cada serviço. ^[5, 7, 12]

Conhecer a pessoa que vai ser sujeita a uma sessão onde lhe serão informadas um conjunto de temas, assuntos e decisões faz com que se consiga objectivar a apresentação do assunto pretendido, com recurso prévio a formação e treino específico em comunicação de más notícias, e que essa informação vá ao encontro das expectativas da pessoa doente (por exemplo: as pessoas com maior aptidões educacionais tem tendência a querer mais informações e mais precisas). ^[5, 7, 12]

A questão reside em como fazer essa comunicação?

Protocolo de Buckman

Uma das formas estruturada de conceder más notícias é através do protocolo de Buckman, desenvolvido através de seis etapas, cada uma com características próprias. Tem uma sigla inglesa (**S-P-I-K-E-S**) onde cada letra referência um aspecto a considerar na comunicação ^[5, 7, 12]. Assim temos:

S – Settings and Listening Skills – Preparação do ambiente e aptidões para a escuta. A preparação deste ambiente requer algum tempo e de preferência um espaço permanente onde acolhe e envolve as pessoas mais significativas, e promove um espaço de privacidade e conforto (possuindo cadeiras e móveis adequados); o

profissional deverá ter um ar atento e calmo, no sentido de desenvolver uma escuta activa.

P – Perception – Percepção da pessoa doente face à sua situação e a sua gravidade. Aqui deve remeter-se as primeiras perguntas para quem tem necessidade de as fazer ou seja, numa primeira fase pergunta-se ao doente/família o que a pessoa sabe ou pensa que sabe, para a partir daqui delinear o percurso de informação e forma de o fazer o mais correctamente possível.

I – Invitation – Oferecer o tipo de informação que pretende saber. Após perceber a família e os seus conhecimentos transmitimos a informação requerida. Apesar de haver uma tendência para que as pessoas queiram saber da sua situação por completo, não podemos assumir que esta posição seja para todos, pelo que a abordagem de gradualmente ir abrindo as portas e acrescentar algo de novo permite tornar a informação.

K – Knowledge – Fornecer factos relevantes. Devemos ter em consideração a utilização de um pré-aviso da notícia para que o choque desta confrontação seja menor. Outras estratégias há relacionadas com a forma e conteúdo da informação. Assim devemos: usar a mesma linguagem da pessoa doente; evitar termos técnicos; dar informação em pequenas parcelas e ao ritmo próprio da(s) pessoa(s) à nossa frente.

E – Explore emotions and empathize a patient response – Pretende-se dar uma resposta adequada ao tipo de sentimentos manifestado. Nesta parte surgem mais complicações através de alterações ao processo de transmissão de más notícias que contribuem para que esta comunicação não seja eficaz. Para ultrapassar essas dificuldades, usando acessórios positivos para a comunicação devemos ouvir, identificar e validar as emoções manifestadas e posteriormente trabalhar com elas para desfazer os eventuais aspectos agregados às pessoas envolvidas e deixar com que o momento mais puro na forma de comunicação.

S – Strategy and summary – Planear estratégias de acompanhamento à pessoa e sua família. Assegurar que as pessoas percebem a informação da melhor forma possível e adequar as formas com que têm sido feitas, avaliando-as em contexto de reunião interdisciplinar. Posteriormente promover um sumário onde se evidenciam os pontos mais importantes e relevantes do que foi transmitido com a promessa de programar nova sessão/reunião. Além desta marcação, e pela natureza sensível das

notícias, preconiza-se que haja um acompanhamento para essas pessoas por forma a despistar eventuais processos patológicos de enfrentar a doença.

Este é um protocolo que decorre do conhecimento mútuo entre os profissionais e a pessoa doente/família e que apesar de bem estruturado e delineado não pode ser encarado como algo de fácil aplicação. **Cada momento de comunicação é único** e terá sempre nuances na forma como ela feita. A necessidade de estabelecer este padrão de comunicação é que tem de ser interiorizado pelos profissionais pois trata-se de uma ferramenta que permite minimizar a solidão e o isolamento que emergem do processo de doença. [2, 5, 6, 7, 12]

Deve-se evitar, por muito que pareça atractivo e fácil fazer, realizar um conjunto de informações irrealistas que darão falsas esperanças. Apesar da necessidade de querer ouvir tais palavras, o profissional deve manter a honestidade e imparcialidade na projecção de notícias que faz. O enfoque para os riscos imediatos e as opções terapêuticas permite prevenir situações mais extremistas como suicídio, através de uma resposta imediata aos desconfortos existentes. [2, 5, 6, 7, 12, 19]

Um processo de comunicação bem feito permite que não haja um fim determinado pelo esgotamento do tempo de contacto ou fim de uma reunião, mas sim que o processo se torne cíclico e maleável às necessidades dos que carecem de cuidados paliativos. A disponibilidade e permanência dos profissionais diante as pessoas que cuidam faz com que este processo seja completo e exemplar para o decurso de cuidar. [5, 6, 7, 12, 19]

BIBLIOGRAFIA

[2] AOUN, S. et al. – Caregivers of People with Neurodegenerative Diseases: Profile and Unmet Needs from a Population-Based Survey in South Australia. **Journal of Palliative Medicine**. Vol. 13, nº 6 (2010), p. 653-661 DOI: 10.1089/jpm.2009.0318

[3] ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão Beta 2). Lisboa: APE, 2001, 228 p. ISBN: 9789729814952

[5] BAILE , W. et al – SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**. 5 (2000), p 302-311

[6] BARBOSA, A. e NETO, I. G. – Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010 (2ª ed), 535 p. ISBN 978-972-9349-22-5

[7] BUCKMAN, R. – Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Psychosocial Oncology**. (Março/Abril 2005), p. 138-142

[9] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part I. **European Journal of Palliative Care**. Nº16 (2009)

[10] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part II. **European Journal of Palliative Care**. Nº 17 (2010)

[12] FUKUI, S., OGAWA, K. e FUKUI, N. – Communication Skills Training on How to Break Bad News for Japanese Nurses in Oncology: Effects of Training on Nurses' Confidence and Perceived Effectiveness. **Journal of Cancer Education**. 25 (2010), p.116–119, DOI 10.1007/s13187-009-0027-8

[18] NATIONAL CONSENSUS PROJECT – Clinical practice guidelines for quality palliative care. EUA: Pittsburgh, 2009, 90 p. ISBN 978-1-934654-11-8

[19] ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados paliativos para uma morte digna (CIPE). 2010, 73 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[23] SFAP (SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS) – Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – “Cuidar”: ética e práticas. Loures: Lusociência, 1999, 237 p. ISBN – 972-8383-17-7

ANEXO XVIII

3 PII elaborados durante o estágio na UCPSBM na CSI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Plano Individual de Intervenção D. EC

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha	Nome: EC	Idade: 71 anos	Quarto:
	Diagnóstico Médico: Cordoma do Sacro		
	Data de Internamento: 1 de Outubro de 2010		

Plano Individual de Intervenção				
Problemas/Necessidades/ Pontos Fortes	Objectivos/Metas	Prazo/Data	Intervenções	Cumprimento da Meta
Desajuste relativamente à situação clínica (por parte da D EC e da família)	Informação ajustada para a realidade	22/10	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar informação faseada e adequada acerca da sua situação clínica • Estabelecer objectivos concretos e exequíveis • Contar com a colaboração dos filhos após estes entenderem a situação real da D. EC 	27/10 PA
Relacionamento conflituoso entre os filhos	Promover entendimento/comunicação entre os familiares	22/10	<ul style="list-style-type: none"> • Programar conferência familiar entre os filhos (Sr. J e Sr. J) • Definir objectivos e estratégias para informar e decidir intervenções prestadas e a prestar 	Não aplicável
Risco de infecção por presença de cateter vesical	Diminuir o risco de infecção urinária	Enquanto presença de algália	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de sedimento e proceder a lavagens ou troca de algália • Verificar presença de sinais de infecção 	
Presença de colostomia	Verificar o funcionamento da colostomia	Diariamente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de fezes e suas 	

			características	
Presença de agitação psicomotora	Controlar a agitação	15/10	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta activa • Orientação temporal e espacial • Posicionamentos/mobilizações e, se possível, levantes para cadeira de rodas (local onde fica mais confortável) 	20/10 PA
Necessidade de conforto de tomar duchas	Promover o conforto	3/3 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio em tomar duche periodicamente como forma preferencial de higiene 	
15/10 – Necessidade de realizar levante	Promover o levante	Internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar fowler no leito e verificar se tolera • Progressivamente realizar levante para cadeira de rodas por períodos 	

TA – Totalmente Atingida
 PA – Parcialmente Atingida
 NA – Não Atingida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Plano Individual de Intervenção D. RC

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha	Nome: RC	Idade: 48 anos	Quarto:
	Diagnóstico Médico: ELA		
	Data de Internamento: 3 de Outubro de 2010		

Plano Individual de Intervenção [15 de Outubro de 2010]				
Problemas/Necessidades/ Pontos Fortes	Objectivos/Metas	Prazo/Data	Intervenções	Cumprimento da Meta
Necessidade de tomada de decisão sobre Ventilação Invasiva	Conhecer tomada de decisão da D. RC	16-Out-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência familiar dia 16/10 [Equipa, D. RC e Irmãs] [Responsável: Dr.ª Filipa] 	TA
Potencial negação face à realidade iminente por parte da D. A (Irmã)	Facilitar a tomada de consciência da realidade	29- Out-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência familiar • Intervenções periódicas durante as visitas [Responsável: Equipa Interdisciplinar] 	TA
Risco de UP por emagrecimento e fragilidade cutânea	Prevenir aparecimento de UP	Ao longo do internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamentos frequentes (3/3h e SOS) • Adequada nutrição • Equipamento disponível de prevenção de UP 	
Afinidade com sessões de Reiki	Promover conforto físico e espiritual	5/Nov/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Contar com colaboração de pessoal com conhecimentos e prática de Reiki 	29/10 TA
Alteração do processo de deglutição provocando dificuldade em alimentar	Optimizar as funções vitais pela necessidade de alimentar	5/Nov/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Decisão sobre a colocação de PEG 	29/10 TA [Opta-se por não realizar PEG]

Desajuste familiar pelas reacções provocadas pela irmã D. Antonieta	Facilitar a compreensão da real situação da D. Rosa	12/Nov	<ul style="list-style-type: none">• Realização de conferência familiar com as irmãs [Resp. Dr. Miguel I/II]• Intervenções periódicas durante as visitas [Responsável: Equipa Interdisciplinar]	
---	---	--------	---	--

TA – Totalmente Atingida

PA – Parcialmente Atingida

NA – Não Atingida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Plano Individual de Intervenção Sr. AM

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

Instituição: Unidade de Cuidados Paliativos Bento Menni da Casa de Saúde da Idanha	Nome: AM	Idade: 76 anos	Quarto:
	Diagnóstico Médico: ELA		
	Data de Internamento: 9 de Setembro de 2010		

Plano Individual de Intervenção [24 de Setembro de 2010]				
Problemas/Necessidades/ Pontos Fortes	Objectivos/Metas	Prazo/Data	Intervenções	Cumprimento da Meta
Alteração da deglutição> Dificuldade em se alimentar	Optimizar regime terapêutico Optimizar colocação de PEG	Durante internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração/optimização do regime alimentar • CF Esclarecimentos sobre benefícios da PEG (24/9) [Responsável: Equipa]	6/10 (TA)
Prevenção/abordagem de possíveis riscos respiratório	Antecipar quadro respiratório	24/9	<ul style="list-style-type: none"> • CF Esclarecimentos e decisões sobre Ventilação Invasiva [Responsável: Dr. Manuel; Dr.ª Silvia; Enf.ª Fátima]	24/9 (TA)
			•	
Gosto por manter o sabor da comida	Promover refeições a gosto e de forma oral	Durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Sempre que possível e enquanto possível administrar oralmente a alimentação 	29/10 TA
Risco de infecção pela PEG	Prevenção de infecções na PEG	Durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância de sinais inflamatórios na PEG • Realização de penso de acordo com protocolo 	
Pessoa gosta de estar activa mentalmente e socialmente	Promover espaços de actividade	Durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir colaboração da terapia ocupacional • Programar/incentivar visitas 	

Possível má adaptação ao processo de doença podendo provocar revolta descontrolada	Promover um espaço de consciencialização do seu estado patológico	5/Nov	<ul style="list-style-type: none"> • Empreender conversas para perceber o grau de consciência da sua situação clínica • Perceber o contexto familiar 	
Manifesta gosto e vontade por banho de hidromassagem	Promover conforto e bem-estar	Periodicamente	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um acordo periódico mas não oficial de banhos terapêuticos 	
			<ul style="list-style-type: none"> • 	
Manifesta gosto por ir ao jardim para espairecer	Promover conforto e bem-estar	Periodicamente	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer as regras da ida ao jardim (na minha presença, com a vinda da esposa ou outro familiar, ida em maca) 	

TA – Totalmente Atingida

PA – Parcialmente Atingida

NA – Não Atingida

ANEXO XIX
Resumo das Reuniões Interdisciplinares assistidas na
UCPSBM na CSI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reunião Pluridisciplinar – I de Outubro de 2010

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

Confesso que não estava à espera deste tipo de encontro entre profissionais onde os assuntos debatidos sobre a pessoa doente e suas circunstâncias são tão amplamente debatidas e sem evidência de mau estar entre os conteúdos, quem foca os conteúdos e preocupações de territorialidade sobre de quem pertence esta competência ou função.

Descritivamente, esta foi uma reunião onde se evidencia as possibilidades e vantagens que um encontro entre diversos profissionais onde o objectivo principal é o bem-estar evidente da pessoa e cujo objectivo é que a pessoa seja capaz de estar num processo de bem-estar e qualidade de vida de acordo com os seus padrões, é extraordinário. Não é de admirar esta minha sensação de incredulidade (e ingenuidade) pois analisando o meu contexto profissional actual, uma simples visita/reunião entre diversos profissionais em torno das necessidades da pessoa doente (que se fazia regularmente) deixou de existir e apenas persiste a boa vontade dos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados e de uma zelosa passagem de turno entre pares.

Debatem-se problemas e estabelecem-se procedimentos e acções a ter para com os doentes e famílias que noutros contextos seriam certamente unilaterais ou exigidas sem discussão, como por exemplo em que uma das pessoas tem a necessidade de se alimentar oralmente apesar de não o dever fazer devido à sua condição fisiopatológica de base, mas em que a decisão da equipa passa por falar sobre o assunto e assumir que se é importante para a pessoa, e os riscos são calculados, então assume-se esta posição. Este debate só trás vantagens para todos os intervenientes pois permite focar aspectos que cada um acha importante. Embora tenha pensado que este reunião empobrecia por estar limitada apenas aos presentes, verifiquei que as passagens de turnos e os registos são suficientemente abrangentes e objectivos a considerar os pontos mais importantes e trabalha-los, assim como também ocorre o inverso que é o de transmissão pontual e objectiva das deliberações das reuniões em todos os turnos para todos os elementos.

O processo de tomada de decisão é passível de ser analisado com as suas vantagens e desvantagens, assim como as indicações que são emanadas pelas *guidelines* americanas e europeias onde as decisões são globalmente identificada em aspectos físicos, psicológicos, sociais, éticos e espirituais onde o processo de cuidar tem de ser bem definido em objectivos, etapas a seguir, segurança entre outros aspectos. Este aspecto a ser trabalhado ao longo do estágio com o objectivo de perceber as dinâmicas existentes no processo de tomada de decisão e comparar com a literatura para no final descrever em artigo de divulgação.

Apesar de ocupar uma posição de estagiário mas com experiência profissional senti a necessidade e a vontade de participar activamente na abordagem de uma questão decorrente

de uma conferência familiar onde surgiu uma decisão por parte de um senhor, afectado por Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), que disse optou por não ser conectado a um ventilador mecânico de forma invasiva e que termina essa conferência com a delegação dessa decisão para os profissionais de saúde. Na verdade, e falando com os intervenientes nessa conferência, a atitude perante tal questão foi determinada e aceite por todos como uma recusa a esse tratamento, no entanto deveria ser objectivado este tipo de afirmações para não levantar mais dúvidas.

Penso que a equipa não está desperta para o peso que uma decisão errada pode ter ao promover uma intervenção que depois de assumida e realizada não pode ser desfeita e isso pode ser um *handicap* a trabalhar para futuras reuniões. Esta postura de não assumir possibilidades que prolongam o processo de vida com qualidade questionável é nova e nobre para mim, pois a minha realidade decorre da acção primeiro e perguntas depois. Nos referidos caso de ELA em que a opção de ventilação é uma decisão que pode pertencer ao doente, tem de se salvaguardar duas questões: a irreversibilidade da decisão (sob o risco de parecer enquadrada em definições mediatizadas com a eutanásia, distanásia, suicídio assistido etc.) mas também a possibilidade de atender a esse desejo se for pretendido. Aqui valeu os meus conhecimentos e experiência onde abordei esta realidade no sentido de referir que a admissão de doentes com ELA em situações de ventilação invasiva é realizada apenas em contexto de urgência (se não houver informação) e estas pessoas serão admitidas em unidades de neurologia onde os cuidados serão similares aos dos cuidados paliativos recorrendo ao uso de VMNI. Estas questões não são abordadas nem tem grande cabimento nesta realidade de cuidados paliativos, mas as decisões que podem ser lançadas pela equipa e/ou pessoas doentes tem de viver à sombra destas ideias.

Esta foi a primeira reunião assistida em cuidados paliativos e que demonstrou, acima de tudo, a necessidade de realizar reuniões pelo espaço dinâmico e de diálogo que se cria, mas também para verificar a importância que a participação de elementos com experiência comprovada em cuidados paliativos e a vantagem que esse domínio tem sobre os cuidados prestados às pessoas e ao conhecimentos de situações e necessidades especiais que existam. Ainda tive a vantagem de aperceber-me de alguns incidentes críticos que podem ser utilizados para intervir na equipa de enfermagem e interdisciplinar.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reunião Pluridisciplinar – 15 de Outubro de 2010

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

Antes da discussão dos casos houve oportunidade de relatar alguns temas relacionados com uma reportagem que deu na TV relacionada com os cuidados paliativos onde se abordaram, na opinião geral mal, assuntos que associam os cuidados paliativos com medo de administração de medicação ou associar ao tema do suicídio assistido e eutanásia. Ainda associaram os cuidados paliativos a um grau de sofrimento que não é real mas que foi exacerbado pela tendência sensacionalista das reportagens. No final foi lida uma carta electrónica elaborada pela Dr.^a Isabel Neto a incentivar a todos os que lidam com cuidados paliativos a responder a essa reportagem pelas incoerências que foram lá relatadas.

Após ver a entrevista verifica-se um exagero. No entanto senti que apesar de existirem aspectos que sei agora serem errados, antes de me pesquisar, estudar e viver os cuidados paliativos poderia considerar verdadeiros. É de lamentar que estas informações são transmitidas e ouvidas por outros colegas que não tendo a oportunidade ou vontade de conhecer no campo os cuidados paliativos podem ficar com uma impressão errada do que se faz nesta área nomeadamente em aspectos relacionados com a administração farmacológica em cuidados paliativos (sobre as dosagens e efeitos secundários da medicação e do seu uso abusivo com segunda intenções).

Após este inicio a reunião desta semana decorreu de uma forma mais calma e com a disponibilidade de tempo de todos os participantes não havendo a necessidade de antecipar ou saltar decisões e situações de alguma pessoas que estão na unidade. Apesar disto houve algumas questões levantadas que demoraram mais tempo de discussão e que promoveram um debate mais aceso, nomeadamente sobre a decisão de realizar exames de diagnóstico numa situação que não teria indicação para tal. Esta decisão foi mais emocional que racional pois deriva de um internamento longo de uma pessoa que se encontra na unidade há bastante tempo. Aqui é preponderante o papel de uma liderança não autoritária mas democrática o suficiente para se chegar a uma decisão ponderada e indicada para a situação. Apercebi-me que somos nós que fazemos as decisões e desde que bem formalizadas e justificadas não há razão de não as lançar para a plateia. É certo que a decisão é sempre de quem tem o ónus da decisão, mas o ambiente criado para ser realizada é suficiente para promover motivação e participação. Realmente sinto que este tipo de abertura deveria ser difundida para mais realidades entre as quais as dos cuidados intensivos pela necessidade de debater questões que ficam suspensas no ar e que só se lembram delas quando ocorrem com as devidas consequências para todos os interveniente incluindo o elo mais fraco da pessoa doente e família.

Abordaram-se temas relacionados com a realização de Planos de Individuais de Intervenção (PII) sobre as pessoas internadas há menos tempo e actualização de algumas situações que necessitavam de aferimento após avaliação dos profissionais. Neste âmbito, e de acordo com o que tinha estabelecido para meus objectivos, tive a oportunidade de participar e entregar um plano realizado por mim e discutido entre todos havendo uma aceitação acerca dos problemas levantados. Neste caso foi útil o acompanhamento que tive com a Sr.^a em questão o que permitiu ver as necessidades de cuidados dela assim como conhecer a família e elaborar um plano onde inclui-se as intervenções a ter com eles.

A experiência de realizar um PII não difere muito da realização de uma análise de situação baseada em processo de enfermagem com uma mistura de análise de situação operacional. No fundo similar ao que faço todos os dias em contexto de estágio numa vertente global, enquanto que estes PII são direccionados para o eixo pessoa/família/unidade.

Este modelo de participação é de facto muito interessante e útil para que se promovam os melhores cuidados às pessoas. O aspecto de pensar em conjunto e interdisciplinarmente faz com as contribuições sejam todas importantes e não haja um processo de sentimento de falhanço ou de superioridade. O receio latente que estaria por detrás da minha participação como alguém de fora que não está dentro dos cuidados paliativos dissipou-se por completo. Senti que tinha conquistado um espaço na equipa, não o impondo e não o ganhando por cortesia.

Esta forma de participação promove uma motivação acrescida que nos impele sempre a participar e procurar mais um pouco. Penso que o facto de ser um grupo que procura conhecimento e promove conhecimento facilita a abertura interdisciplinar. Existe um respeito pelas posições de cada um dos elementos, até dos que são de fora e mais “estranhos” ao serviço como uma observadora para uma tese de doutoramento que assiste às reuniões como forma de realizar a sua tese.

Nestes encontros cada um ganha um pouco e eu acabo por perceber a importância de comunicar entre equipas. Acaba a reunião com a elaboração de estratégias e intervenções para os próximos dias. Alguns mais ambiciosos, outros de acompanhamento. Mas o seu cumprimento será apenas a operacionalização de um momento que permite a um profissional solidificar as boas práticas que pretende realizar.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reunião Pluridisciplinar – 29 de Outubro de 2010

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Outubro de 2010

A par do que aconteceu no dia 15 de Outubro, a reunião de hoje foi precedida por um tema (em parte recorrente) do papel e do lugar dos cuidados paliativos na sociedade, nos cuidados de saúde e dentro de um leque específicos de cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Em parte cada vez mais se fala neste tema e são realizadas reuniões científicas sobre cuidados paliativos, mas quem vive e trabalha nesta área tem uma sensibilidade e sentido de apego que tem o direito de construir críticas aos que julgam saber o que fazem nesta área.

Este foi um mote para que se consiga entre os profissionais a marcar a diferença e continuar no bom caminho para a construção e aplicação de cuidados gerais (e particularmente em enfermagem) de grande qualidade. Este discurso de motivação é feito e deve continuara a ser feito pois mantém muito do espírito e filosofia desta área de cuidados vivo e com capacidade de continuar a exercer sem medo de represálias ou ameaças de corte de fundos.

Esta motivação é absorvida. Por todos os profissionais e torna-se evidente pelos contributos realizados. Hoje começou-se por falar nos casos presentes na UCP de Esclerose Lateral Amiotrófica, discussão que tive a oportunidade de presidir e intervir atendendo aos estudos de necessidades e intervenções considerados importantes para estas situações. Num primeiro caso foi estabelecido a necessidade de apoio para as familiares no sentido de perceber qual o ponto da situação face às decisões já tomadas e dúvidas existentes.

A minha participação sempre foi num sentido crescente e solidificado mas sinto aqui quase que uma posição de elemento de referência para os casos de ELA não só por ter atribuído e trabalhado este assunto, mas também pela relação estabelecida naturalmente entre mim e as duas pessoas com esta patologia. Sinto assim uma motivação acrescida pelo depósito de confiança que me dão e pela integração plena na equipa. A elaboração dos Planos Individuais de Intervenção (PII) são uma mais-valia e consigo entender o que é necessário para a sua elaboração para que fiquem ótimos para operacionalizar. Ainda vejo a forma global incluindo alguns aspectos fisiológicos (como drenagens vesicais, sinais de infecção, e funcionamento de colostomia), mas o conhecimento que tenho da situação patológica e familiar assim como da história de vida e gostos das pessoas, permite que o plano seja humanizado para preencher actividades que promovam a ocupação e bem-estar das pessoas. Este trabalho é conseguido e gratificante.

A decisão de um banho de hidromassagem, de uma ida ao jardim de uma dieta mais especial, é possível. A diferença que faz é enorme. Recentemente uma das pessoas com ELA manifestou o desejo de come hambúrguer, ovos estrelados, iscas e atum. O problema foi

rapidamente resolvido com a indicação de contactar uma dietista, que prontamente se disponibilizou para estas emendas que tornará as refeições mais importantes para aquela pessoa. Esta importância é manifestada pelo sorriso que irradia daquela cara pois passado menos de um dia ainda se verifica um sorriso de sincera tranquilidade pelo banho assistido na segunda-feira e pelo prato surpresa na quinta-feira. Estas reacções são certamente um indicador de satisfação que deve ser levado em conta na altura de tomada de decisões e de partilha de situações.

Parece chegada a hora de devolver algo do que faço para compensar a equipa pelos ganhos que levo para a minha realidade em cuidados intensivos. Cada vez mais sinto que se pode adoptar estratégias de intervenção mesmo que seja só pela área de enfermagem. Ir buscar reuniões que se perderam, realizar conferência mais formalizadas e estruturadas, enaltecer os actos de enfermagem que realizamos muitas vezes e não são valorizados. Compreendo que esta não é apenas uma mudança pessoal e profissional de uma pessoa (eu), mas a possibilidade de transformar equipas para um ambiente de proactividade em função da pessoa doente.

Esta postura, participação, acção e motivação são de continuar. Noto que há um crescimento sustentado nestas reuniões e que a entrada na equipa que foi conquistada com mérito. Sem imposições, através da procura de um lugar adequado e derivado de um serviço efectuado, de pesquisa realizada e de tempo útil dispendido para o bem comum de um trabalho pretendido para as pessoas com ELA, diferentes entre si e com cuidados direccionados para as suas necessidades.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Reunião Pluridisciplinar – 12 de Novembro de 2010

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

Esta foi a última reunião inserida no estágio e pode-se dizer que mais alargada e preenchida do ponto de vista da interdisciplinaridade não podia ser. Além dos elementos recorrentes às sessões anteriores representando, para além de enfermagem, medicina, psicologia e assistência social; havia um conjunto de elementos representantes de estudantes do curso base de enfermagem, alunas de pós graduações e mestrados em cuidados paliativos, de fisioterapia, de psicologia, e a salutar recente inclusão das assistentes operacionais.

Sobre este abrangimento às assistentes operacionais penso que foi uma excelente ideia pois os contributos que dão apesar de elas sentirem ser poucos (pelo forma como intervêm e como tem de ser estimuladas), por vezes são bastante significativos pois descrevem reacções que as pessoas internada tem com elas que não manifestam e são desconhecidas com os outros. Há um trabalho de incentivo por parte da chefe e da psicóloga no sentido de as puxar para a discussão e foi de facto proveitoso pois descobriu-se uma certa necessidade de atenção por parte de uma das utentes que não manifestava com mais ninguém. Outras informações que decorrem das suas práticas e dos seus sentimentos também são importantes ainda mais com o sucedido da morte de uma pessoa que estava internada na UCP há cerca de 8 meses.

Este espaço sempre foram bastante úteis para debater questões práticas e evidencias dos doentes mas também para exteriorizar sentimentos decorrentes de situações que as pessoas sentem mais. O alívio que sobressai após uma partilha é suficiente para que se interiorize que todos os profissionais contribuem para que as pessoas que necessitam de cuidados paliativos estejam o melhor possível dentro dos seus padrões de qualidade de vida, e que esses objectivos são atingidos com a colaboração dos profissionais que eles também necessitam de ajuda para ultrapassar questões como a morte e a perda.

Outro aspecto que tornou mais dinâmica e debatida esta reunião decorre de dilemas bioéticos que surgem como a questão de alimentação em situações terminais, ainda que não percebidas. Uma das utentes teria indicação para eventual alimentação parentérica por perda de vias entéricas de alimentação. Ainda acresce o facto de ser uma pessoa que não indicia estar perto de fase final de vida o que torna mais difícil a decisão pois se não tem indicação de realizar técnicas invasivas (como cateteres centrais ou implantofix) também não há indicação que ela deva estar sem acesso a medicação pois não tem capacidade de deglutição ou de colocação de SNG e a PEG não está nas melhores condições de funcionamento.

Aqui senti a efectividade da minha participação pois através da pesquisa e realização de trabalho sobre a decisão, pela experiência profissional e pela teoria adquirida na especialidade deu para introduzir uma série de passos lógicos que reduziram as hipóteses de decisão, apesar de se pedir a colaboração posterior aos médicos que acompanham esta situação na UCP. A

posição por mim assumida era de alguma vertente de experiência de cuidados intensivos mas denotei que não era só. Comecei a raciocinar como os prós e contras de cuidados e medidas e equilibrar entre os benefícios e vantagem para a pessoa. Apesar da decisão ser custosa do ponto de vista bioético de não haver condições para alimentação, ainda se iria descobrir se há hipóteses de ser realizado. Este circuito ainda é fresco para mim. Já me apercebi ao longo destas semanas que a colaboração de ideias e actos realizados são na sua maioria concertados por todas as partes (onde o peso da resolução cabe ao poder decisório do médico).

Ainda tive a oportunidade de participar em mais informações e opções às pessoas que vim a conhecer e viver durante o estágio. O facto de estar presente frequentemente no serviço é facilitador para perceber a evolução das situações, alterações de humores, histórias significativas. E sei que estou mais desperto para o pormenor. Aquela frase, aquele gesto, aquela postura que indicia que algo mais pode estar escondido ou a emergir e que contribui para o processo de cuidar da pessoa doente.

Estes exercícios fizeram-me não só desenvolver capacidade de observação e procura de informação, mas também poder transmitir essa informação ou opinião de forma correcta e aferir com os demais colegas pois mesmo que não seja consensual ou imperfeita, essas contribuições permitiram todo o grupo mobilizar os seus conhecimentos e sentimentos, podendo assim construir um conjunto de intervenções e tornar-me mais proactivo. Este foi um grande passo que senti transformar pois se era reactivo quando abordado sobre alguma questão, agora sou eu que provoca também reacções.

ANEXO XX
Abordagem à Decisão em Cuidados Paliativos
(Apêndice incorporado no Guia de Orientação - Pessoas
Doentes com ELA)

Nota introdutória

A tomada de decisão, em particular na saúde, investe-se de particular importância pela forma como uma questão menos informada ou uma opção precipitada pode desencadear no processo de cuidar da pessoa doente e das repercussões que poderá ter na sua qualidade de vida. As normas e standards editados em 2010 pela *European Association for Palliative Care* (EAPC) reportam a importância de decisões em todos os níveis (pré e pós-internamento) num processo de cuidados paliativos. A par de uma tomada de decisão profissional baseada em dados colhidos e evidências estudadas, esta associação valoriza a autonomia e dignidade da pessoa doente e a necessidade de um planeamento individual e tomada de decisão de uma forma holística.^[9, 10, 18]

O estudo da tomada de decisão recorre a diversos contextos multidisciplinares e direcciona os contextos para as suas realidades. Também em saúde e especificamente em cuidados paliativos existe um conjunto de temas que contribuem para a optimização dos cuidados às pessoas. Deste mundo de assuntos optou-se por abordar a definição de tomada de decisão de uma forma lata, especificando gradualmente as dimensões em contexto da saúde e depois em cuidados paliativos. Outra área de abordagem tem a ver com os decisores pelo que se faz um enfoque na decisão profissional e na decisão pela pessoa doente, fazendo a ponte para a partilha de decisões por parte destes actores.^[9, 10, 13, 18]

Conceito de decisão

Uma das concepções iniciais de tomada de decisão pode ser a descrita na CIPE (2006, p.74)^[3, 19]:

“Tomada de Decisão é um tipo de Autoconhecimento com as seguintes características específicas: disposição para reter ou abandonar acções tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e seleccionando as alternativas; fazer escolhas que afectam o próprio ou terceiros.”

Esta definição engloba a noção que existe um conjunto de factores abertos que determinam acções que devem ser baseadas em informações hierarquicamente importantes tendo em conta que essas acções terão efeitos. Fica também implícito que esta decisão é feita por actores que não interagem sozinhos, pelo que a utilização de decisões partilhadas são frequentes e devem ser optimizadas sempre que possível. Este processo de tomada de decisão engloba **4 fases lógicas** descritas de seguida:

- 1) Identificação do problema - Requer uma definição do problema e consenso em saber se esse problema é realmente um problema.
- 2) Desenvolvimento de alternativas possíveis - Nesta fase todos os contributos são importantes e pode não haver uma coerência nessas alternativas pois todas as opiniões são válidas, sem prejuízo da ideia em si.
- 3) Escolha da melhor alternativa - A escolha da alternativa mais adequada emerge de uma filtragem de todas as alternativas desenvolvidas anteriormente. Quando surgem situações com várias alternativas impera o bom senso e uma discussão coerente entre todos os elementos ou a inclusão de mais dados/elementos e possam dissipar alguma dúvida ou que sejam conhecedores da matéria em causa.
- 4) Implementação da melhor alternativa - Nesta fase a escolha foi realizada e será implementada. Surge uma fase em que a tomada de decisão realizada será avaliada, transformando o problema inicial ou eliminando-o.

Características da decisão em saúde

Um campo específico para a tomada de decisão é o do contexto que envolve factores de saúde/doença, vida/morte, tratar/curar/cuidar. Existem particularidades na área da saúde pela complexidade que envolve decidir sobre a vida das pessoas com as implicações daí decorrentes, aos quais se acresce a cada vez maior quantidade de formas de diagnóstico e exames que contribuem para mais informação e para alterar a decisão pensada.^[13]

No entanto é consensual que esta decisão tem de ser adoptadas por pessoas, com o **intuito de optar pela melhor solução**. A organização dos sistemas das instituições hospitalares podem ter em comum aspectos com as estruturas de outras áreas, mas certamente o seu funcionamento interno também terá algumas especificidades, nomeadamente ao nível de funcionamento das equipas de saúde.^[13]

A incerteza é uma característica presente nas decisões tomadas. Incerteza acerca do estado da pessoa, acerca dos dados existentes e das consequências que derivam da decisão. Para ultrapassar este conjunto de incertezas devemos recorrer à ferramenta da evidência científica como base inicial para o **processo de tomada de decisão clínico**, onde se pode adoptar os passos criados por Hunink^[13]. Estes autores utilizam a mnemónica com a decomposição da palavra PROACTIVE para diferenciar as fases do processo de decisão, seguindo-se uma adaptação para o português.

ABORDAGEM PROACTIVA DE TOMADA DE DECISÃO CLINICA

Passo I [**PRO**] – Problemas e objectivos

P - Definição do **P**roblema

R – **R**eformular o problema

O - Focar no **O**bjectivo

Passo II [**ACT**] – Consequências, alternativas e troca

A - Considerar as **A**lternativas relevantes

C - Modelo de **C**onsequências e estimativa das hipóteses

T - Identificar e estimar os valores de **T**roca

Passo III [**IVE**] – Integração e exploração

I - Integrar evidências e valores

V - Optimizar os **V**alores obtidos

E - **E**xplorar as **a**ssumpções e avaliar as incertezas

Decisão em Cuidados Paliativos

A decisão em cuidados paliativos torna-se mais específica pelas características decorrentes de uma **filosofia de cuidar** particular. Decidir em situações definidas como fim de vida implica uma mobilização de conceitos e adopção de estratégias que lidam com o tipo de doença presente, a fase em que se encontra e acima de tudo com a pessoa que tem uma doença bem diagnosticada com um prognóstico bem delimitado.
[6]

Nas definições de cuidados paliativos existentes e tomando como por base a da OMS, pode-se acrescentar alguns pontos focados pelas definições da *European Association for Palliative Care* e o *National Consensus Project for Quality Palliative Care* através das *guidelines* para a qualidade nos cuidados paliativos, ao assumirem ser uma filosofia de cuidado e uma organização bem estruturada para promover esses cuidado, utilizando se necessário e requerido outras terapias, expandido o conceito habitual de tratar doenças para incluir objectivos como o auxílio para uma **tomada de decisão**.^[6]
9, 10, 18, 19]

Para o processo de tomada de decisão em cuidados paliativos, e adoptando igualmente os contributos dos passos atrás referidos, implica um conjunto de dados e etapas a cumprir para que o impacto da decisão seja o ideal. Neste documento aborda-se a o processo de tomada de decisão por parte de Bruera e por Harlos, ambos mencionados por Barbosa e Neto. ^[6]

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEGUNDO BRUERA)

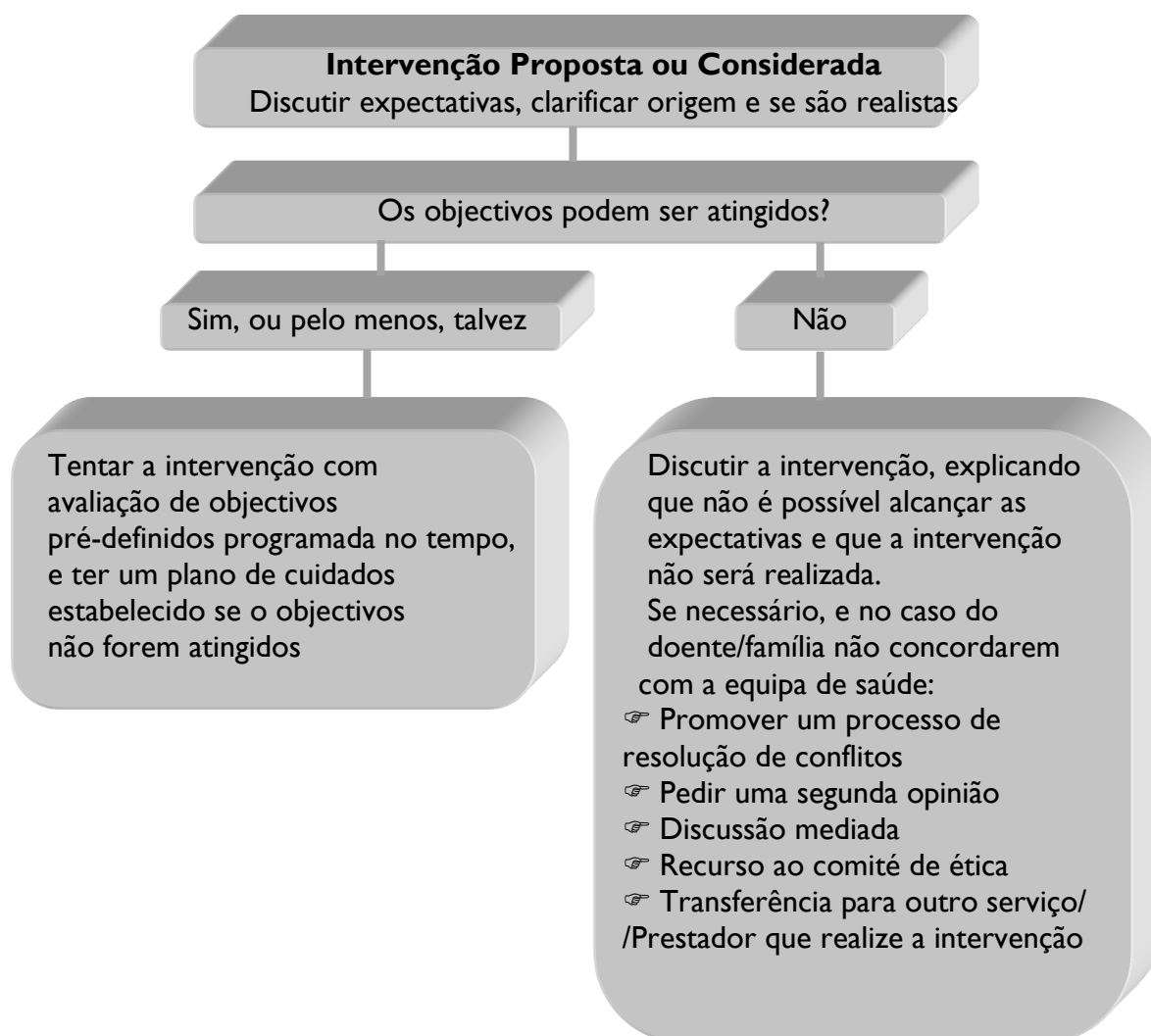
1) Estudar e definir tão correctamente quanto possível a natureza do quadro clínico e dos sintomas/problemas que o compõem. Para tal, devem contribuir uma história e um exame objectivos correctos, assessorados por exames complementares mínimos e que se revelem imprescindíveis.

2) Enquadrar os problemas e sintomas no contexto do doente, e atribuir-lhe uma prioridade em função desse mesmo contexto.

3) Ponderar os custos de determinada intervenção, determinando os seus riscos e benefícios à luz da individualidade e da realidade de cada doente.

4) Discutir as diferentes opções com o doente e a sua família, de forma a facilitar e promover uma decisão informada.

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS (SEGUNDO HARLOS)



Adaptado de Barbosa e Neto (2010, 47)

Alguns critérios podem ser considerados quando se torna necessário tomar uma decisão em cuidados paliativos e tornar essa decisão consensual entre todos os intervenientes. Este **consenso** é o mais importante para determinar qual o melhor linha de seguimento de tratamentos/cuidados a seguir. Juntamente com planeamento antecipado e atempado o processo de tomada de decisão torna-se mais saudável e individualizado para a pessoa doente. ^[6]

PRINCIPIOS PARA UMA TOMADA DE DECISÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

- ☞ Respeitar a vida e cuidar na morte
- ☞ O direito de saber e escolher
- ☞ Suspensão e término apropriado de tratamento de manutenção da vida
- ☞ Abordagem colaborativa para o cuidar
- ☞ Transparência e atribuição de responsabilidades
- ☞ Cuidados não discriminatórios
- ☞ Direitos e deveres dos profissionais de saúde
- ☞ Actualização e formação contínua

BIBLIOGRAFIA

[3] ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão Beta 2). Lisboa: APE, 2001, 228 p. ISBN: 9789729814952

[6] BARBOSA, A. e NETO, I. G. – Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010 (2ª ed), 535 p. ISBN 978-972-9349-22-5

[9] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part I. **European Journal of Palliative Care**. Nº16 (2009)

[10] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part II. **European Journal of Palliative Care**. Nº 17 (2010)

[13] HUNINK, M. et al – Decision making in Health and Medicine Integrating Evidence and values. Reino Unido: Cambridge University Press, 2003, 321 p. ISBN 0 521 77029 7

[18] NATIONAL CONSENSUS PROJECT – Clinical practice guidelines for quality palliative care. EUA: Pittsburgh, 2009, 90 p. ISBN 978-1-934654-11-8

[19] ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados paliativos para uma morte digna (CIPE). 2010, 73 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

ANEXO XXI

Artigo de divulgação subordinado ao tema “Tomada de decisão intensiva e paliativa: Semelhanças e diferenças nestas unidades de cuidados”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Artigo

Tomadas de Decisão Intensivas e Paliativas: Semelhanças e diferenças em unidades de cuidados

Por: Pedro Miguel Henriques Batista

Lisboa, Novembro de 2010

TOMADAS DE DECISÃO INTENSIVAS E PALIATIVAS: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS EM UNIDADES DE CUIDADOS

PALAVRAS-CHAVE

Decisão; Competências; Qualidade; Humanização

RESUMO

As unidades de saúde podem ser diferenciadas em tipologias e especialidades; por géneros e faixas etárias. Mas o factor comum persiste entre as pessoas doentes e seus familiares/entes queridos e os profissionais que lá trabalham. A tomada de decisão em contexto de cuidados intensivos e paliativos pode ter linhas semelhantes que, se bem trabalhadas, permitem que haja uma crescente implicação de todos neste processo, que pode ter contornos dolorosos e densos para uma pessoa. A decisão e o assumir das acções dela decorrentes, em determinadas situações de dilema, podem clarear algumas áreas mais nebulosas e conflituosas de um ponto de vista prático ou ético.

Quer as unidades de cuidados intensivos, quer os cuidados paliativos são áreas que, pela sua natureza, comportam situações de fim de vida e que requerem um cuidado especial por parte dos actores que vivenciam essas situações. Este artigo pretende divulgar a necessária implementação de uma filosofia interdisciplinar e interprofissional, cujas orientações contribuem para o objectivo final de otimizar os cuidados prestados, em particular os de enfermagem, através de decisões coerentes e personalizadas a cada caso.

I- INTRODUÇÃO

Cuidar a pessoa doente é a chave para perceber o que em enfermagem se estabelece como objectivo. Desde antes do nascimento até depois da morte, os cuidados prestados ao núcleo de pessoas, que são o alvo da atenção de enfermagem, são diversos e muito numerosos. A par do que se optou noutras profissões, realizou-se uma divisão das pessoas e das situações clínicas em optou-se por dividir em: categorias, valências, faixas etárias e

aspectos comuns uma miríade de possibilidades de cuidar das quais os cuidados intensivos e os cuidados paliativos são apenas dois exemplos.

Nestas duas valências ocorre precisamente os tipos de actuações que é frequente verificar nas unidades ou serviços de saúde, ou seja, existe uma tendência a olhar de forma mais convergente para os aspectos específicos de cada área de cuidado. No caso dos cuidados intensivos que é definido como “cuidados críticos de enfermagem a utentes altamente instáveis, em alto risco e cujas condições de saúde não variam dia a dia mas minuto a minuto”²⁶ e que se acresce uma visão demasiado técnica em prejuízo de uma vertente relacional²⁷. Aqui os cuidados são extremos numa batalha constante contra a morte e existe a frustração de não evitá-la, mas o orgulho de adiá-la.

Noutra área de actuação, também ela no limite da vida humana encontram-se os cuidados paliativos. Este âmbito foi formalmente definido pela Organização Mundial da Saúde em 2002 como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”²⁸. Preconiza-se uma forma de cuidar a pessoa aceitando a morte como algo natural e decorrente da vida, sempre com a noção que não deve haver sofrimento, embora as acções por vezes requeiram decisões limite.

Nestes dois mundos existem pessoas que cuidam e pessoa que são cuidadas e desta interacção existe um conjunto de opções que são feitas, de maior ou menor importância, de acordo com a subjectividade de quem escolhe e a grandeza dessa escolha. O peso de uma decisão varia conforme a situação. Muitas vezes é suportado por um, de forma isolada, e com sofrimento silencioso; ou então partilhada com outros, podendo tornar-se discordante e conflituosa. Seja como for este acto de decidir é uma realidade permanente nos nossos contextos hospitalares e é com o intuito de definir e caracterizar a decisão, em especial na áreas focadas, e trabalhar pontos em comum ou divergentes no sentido de tornar este acto mais operacional diminuindo a carga psicológica e optimizando os cuidados à pessoa doente, com base em evidências.

2- PROCESSO DE DECISÃO

²⁶ Thelan, L.A.; Davie, J.K. e Urden, L.D. - **Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção** (5ª edição). Loures: Lusodidacta, 2008. pág. 1 (de 1024). ISBN 978-989-8075-08-6

²⁷ Luis, H. - Um estar... um cuidar? **Servir**. ISSN 0871-2370. 48:227-230 (2000). p. 23-27

²⁸ Barbosa, A. e Neto, I. - **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Centro de bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. pág. 19 (de 511). ISBN 978-972-9349-21-8

Decisão implica que haja uma consequência após a tomada dessa opção, mesmo que esta seja não tomar decisões. O estudo desta área é construído em torno de diversos recursos multidisciplinares que vão da gestão à psicologia. Todos contribuem para que este processo seja o mais objectivo e facilitador para quem tem de ter o peso de escolher. Segundo a definição lançada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), tomada de decisão é um tipo de autoconhecimento que implica uma capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas mediante a identificação da informação, das interiorização das consequências que advém de cada alternativa, tendo a consciência de que as escolhas que afectam o próprio ou terceiros.²⁹

30

Ao nível da saúde, o recurso a ferramentas de apoio à decisão também é uma realidade, apesar dos problemas com os quais nos deparamos serem de complexidade diferente. Um exemplo deste grau de complexidade deriva da forma como encaramos casos em que o índice de gravidade tem implicação directa na vida de pessoas doentes, ou de decisões por parte da família, ou ainda das nossas decisões enquanto profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar e curar pessoas. Este assunto não é novo, e tem a sua fundamentação em normas de orientação para as suas áreas das quais, as recém editadas em 2010 pela *European Association for Palliative Care* (EAPC), reportam a importância de decisões em todos os níveis (pré e pós-internamento) num processo de cuidados paliativos. A par de uma tomada de decisão profissional baseada em dados colhidos e evidências estudadas, esta associação valoriza a autonomia e dignidade da pessoa doente e a necessidade de um planeamento individual e tomada de decisão de uma forma holística.^{31, 32}

Noutra área do cuidar, os cuidados intensivos promovem a decisão através de uma prática de enfermagem avançada, onde estabelece e procura evidências que determinem o padrão de cuidados a realizar, após uma avaliação, diagnóstico, identificação de resultados, um planeamento e implementação. Estes seis padrões correspondem aos moldes de cuidados para a enfermagem de cuidados intensivos delineado pelas normas da *American Association for Critical Nursing* (AACN) e devem ser atendidos após assumir as responsabilidades que um enfermeiro tem ao estar em cuidados intensivos. Em dois desses itens vem a responsabilidade de respeitar e apoiar o direito do doente ou do seu representante a tomar decisões autónomas e informadas; e suportar as decisões do doente ou do seu representante, sugerindo em último

²⁹ Ferreira, J. C.; Neves, J.; Caetano, A. - **Manual de psicossociologia das organizações**. Amadora: McGraw Hill, 2001. 658 p. ISBN 972-773-105-8.

³⁰ Associação Portuguesa de Enfermeiros - **CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão Beta 2)**. Lisboa: APE, 2001. 228 p. ISBN: 9789729814952

³¹ European Association for Palliative Care - White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. **European Journal of Palliative Care**. ISSN 1352-2779. 16:6 (2009). p. 278-289

³² European Association for Palliative Care - White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. **European Journal of Palliative Care**. ISSN 1352-2779. 17:1 (2010). p. 22-33

recurso a transferência dos cuidados para outra enfermeira de cuidados intensivos igualmente competente.^{33, 34}

Apesar de diferentes campos de actuação, existe o aspecto comum da decisão passar e dever estar presente desde o início pela pessoa doente, sendo esta a principal interessada na sua saúde e bem-estar. Isto vem consagrado em todos os manuais de bioética, onde os processos de saúde vão buscar informações para decisões. O raciocínio para a acção regula-se pelos princípios éticos dos quais é referido aqui o princípio de autonomia que preconiza a liberdade de escolha individual sem a interferência ou coacção de outros. Esta é a decisão soberana.³⁵

3- DECISÃO FIM DE VIDA: DUAS PERSPECTIVAS

Atendendo ao código deontológico do enfermeiro verifica-se que, os deveres aí incluídos (Artigo 76º), têm em grande consideração o respeito pela vida e pela dignidade humana, adoptando medidas que visem melhorar a qualidade de cuidados a prestar. A forma de garantir esta dignidade parte pelo assumir das referências que são levantadas numa colheita de dados e a sua utilização perante o caso.³⁶

No caso de uma unidade de cuidados paliativos esta recolha torna-se mais fácil. Os processos comunicacionais e os dados existentes são utilizados de forma eficaz, e existe uma procura de cada vez mais pormenores que promovem o conhecimento de um indivíduo e das suas opções. Existem determinados objectivos e são programadas acções que visam assegurar uma realidade ajustada ao fim de vida, e permitir que sejam feitas as vontades da pessoa de acordo com as suas decisões. Esta é uma forma de ultrapassar o conceito de futilidade, muitas vezes abordado quanto às medidas tomadas a uma pessoa em fim de vida, pois todos os esforços que os profissionais de saúde despendem são com intuídos bem claros de benefício para a pessoa e consequentemente família. Criam-se laços de confiança e por vezes surge o mais difícil que é a delegação de todo o peso de uma decisão para os profissionais de saúde.^{37,}

38, 39

³³ Thelan, L.A.; Davie, J.K. e Urden, L.D. - **Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção** (5ª edição). Loures: Lusodidacta, 2008. pág. 4 e 5 (de 1024). ISBN 978-989-8075-08-6

³⁴ Ver Web site: www.aacn.org [Em linha]. 2010, [Consult. a 27/10/2010]

³⁵ Archer, L.; Biscaia, J. e Osswald, W. - **Bioética**. Lisboa: Verbo. 1996. 406 p. ISBN 972-22-1719-4

³⁶ Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários às análises**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454 p. ISBN 972-99646-0-2

³⁷ Harlos, M.- Decision making in palliative care - A guide to approaching care choices. **Palliative info**. [Em linha]. 2010, 4 p. [Consult. a 27/10/2010]. Disponível em <http://palliative.info/>

³⁸ Hesbeen, W. – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2001, 230 p. ISBN 972-8383-20-7

³⁹ Ordem dos Enfermeiros – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. [Em linha] 2010, 18 p. [Consultado a 27-10-2010]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Este é um problema de retroacção. O grau de confiança estabelecido é tal que os profissionais podem ver-se numa posição de constrangimento. Assisti a um caso onde a pessoa doente, consciente da sua situação e irreversibilidade da doença, atribuiu certas decisões para os profissionais, não por desinteresse ou depressão, mas pelo laço de confiança total criado. Esta situação envolvia o facto de por à consideração a possibilidade de traqueostomia, decisão que tem implicações futuras importantes. Teve de haver uma desconstrução da relação e, através de um trabalho coordenado da equipa, conseguiu-se com que essa pessoa envolvesse-se mais com a sua situação.

Numa perspectiva de contra-relógio onde apesar de haver informação de apoio à decisão, mas o acesso a ela ou é mais deficitário ou atendido fora do tempo, nos cuidados intensivos verifica-se que o peso da decisão é maior na parte dos profissionais, e destes na classe hierárquica mais dominante. Não que seja um problema pois é uma função que socialmente e academicamente tem a sua afirmação. Acrescenta-se que esta decisão é entendida como um fardo para que a tem de ter, e um alívio para os outros profissionais que não tem de a tomar. A questão levanta-se pela forma como pode ser melhorada algumas das difíceis decisões existentes.⁴⁰

A filosofia destas unidades passa ainda pela forma de encarar os tratamentos e os objectivos a eles associados. Existe a noção de derrota perante a morte. Encara-se sempre a possibilidade de ultrapassar através de uma miríade de técnicas e equipamentos, fármacos e intervenções. Mas por vezes, a evidência científica que caracteriza estes serviços, considerados mais técnicos, é tornada invisível pela cegueira de ter de decidir sempre em prol da acção. Este é um dos espaços em que a intervenção de uma visão mais equilibrada como a dos enfermeiros e a da própria família, pode contribuir para fazer sobressair o lado mais humano nas unidades técnicas.⁴¹

Não excluindo o principal objectivo das unidades de cuidados intensivos, de atender as situações críticas, pode-se evitar arrastar certas situações. Estas envolvem sofrimento para todos os envolvidos, entre os quais os profissionais que prolongam o sentimento de impotência perante a doença e morte, aumentando a frustração e criando mais frieza no cuidar. O estabelecimento de um padrão de comunicação e a procura de contacto com a família (na impossibilidade da pessoa se manifestar), pode ser uma solução para diluir o peso de decisões, já para não falar da hipótese de partilha de opiniões (técnicas e relacionais) com

⁴⁰ Batista, P. - **Os enfermeiros e a tomada de decisão em situação crítica: Aspectos socioprofissionais e bioéticos.** Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional, orientada pelo Prof. Dr. Wilson Abreu, e apresentada na Universidade de Évora em 2007. 401p.

⁴¹ Blommer, M. et al - End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. **Australian Critical Care.** ISSN 1036-7314. 23 (2010), p. 13-19.

os enfermeiros, sendo estes indicados para promoverem ambientes ideais e argumentos para o cuidar.⁴²

4- TRABALHO EM EQUIPA PARA UMA DECISÃO

O processo de decisão é assim complexo, dependendo do local e das condições existentes. O que é útil é a percepção de que existem modelos de decisão que devem ser partilhados entre diversas valências para que cada uma delas beneficie da experiência e capacidade da outra. Cada vez mais deve-se sair das fronteiras das realidades compartimentalizadas e artificiais, recorrendo à partilha. A título prático, todo um processo deve ser resultado de uma área sólida participado por todos os intervenientes e interessados nos cuidados prestados, sendo uma zona pequena (como se vê na figura seguinte), mas que pode fazer a diferença entre a prestação de cuidados e decisões coerentes e eficazes, com a prestação de cuidados fúteis e desconfortáveis, com conseqüentes decisões derivadas de informação errada ou falta de tempo para a aceder.

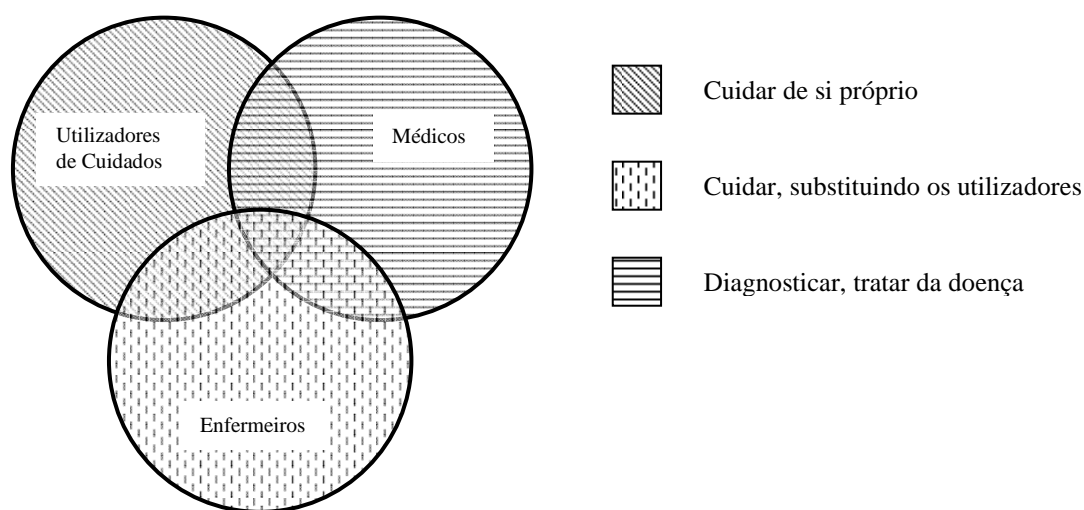
Um dos factores que pode influenciar as decisões decorre das emoções sentidas que acabam por influenciar a prestação de um profissional de saúde e conseqüentemente a equipa e as decisões⁴³. Algumas dessas emoções são:

- ✓ A vergonha pela incapacidade de resolver as situações com que se deparam.
- ✓ A cólera face ao doente devido à incapacidade de resolver os casos em questão e/ou aos restantes profissionais de saúde em defesa da dignidade dos doentes.
- ✓ O sentimento de revolta e injustiça quando a morte ocorre em indivíduos novos (abarcando todos desde os profissionais, à ciência médica e a entidades divinas).
- ✓ O medo também está presente em especial pelo sentimento de identificação com os doentes; o “eu punha-me no seu lugar” pela própria incapacidade de resolver as situações.
- ✓ A tristeza muito ligada à morte e a questão de identificação de identidade com o prestador de cuidados.
- ✓ O sofrimento como pode ser medicado e é exigido por parte de quem presta cuidados.
- ✓ A alegria é tornada pelo sentimento de fazer algo visível pelo bem-estar das pessoas doentes.

⁴² Blommer, M. et al - End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. **Australian Critical Care**. ISSN 1036-7314. 23 (2010), p. 13-19.

⁴³ Mercadier, C. - **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – O corpo âmago da interacção prestador de cuidados-doente**. Loures: Lusociência, 2004. 341 p. ISBN 972-8383-82-7

Zonas de interferência dos campos de competências dos participantes da acção dos cuidados [Adaptado de Collière]⁴⁴



De uma experiência recente, numa unidade de cuidados paliativos comprovei o que considero ser uma relação saudável para atingir o objectivo a que todos os profissionais de saúde se propõem quando enveredam por este exercício, cuidar a pessoa doente numa fase da vida que requer cuidados de saúde profissionalizados. Num ambiente quase informal, onde se veste o papel das respectivas profissões, mas simultaneamente, nivelasse os graus e responsabilidades hierárquicas a um status horizontal, procede-se a reuniões periódicas com o intuito de: partilhar a informação colhida e existente; proceder a um processo de identificação de necessidades e oportunidades de acção; elaborar estratégias de acção para ultrapassar as situações reconhecidas, delimitando-as no tempo; e avaliar o que já foi feito, percebendo se é necessário reformular ou intervir de novo.

A participação é estendida a todos os que possam colaborar ou queiram participar dentro do plano profissional daquele serviço, mas a valorização que cada contributo tem, por mais pequeno que pareça, permite motivar cada um dos participantes e desencadear um processo que chega ao fim com decisões concretas, a expor aos interessados, que por sua vez são detentores da decisão final. Este procedimento de co-responsabilização é equilibrado e emocionalmente estável, reduzindo os atritos e desavenças a zero, visto que até estas podem ser lidas neste espaço.

⁴⁴ Batista, P. - **Os enfermeiros e a tomada de decisão em situação crítica: Aspectos socioprofissionais e bioéticos.** Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional, orientada pelo Prof. Dr. Wilson Abreu, e apresentada na Universidade de Évora em 2007. 401p.

5- PONTOS-CHAVE

Numa perspectiva de enfermagem avançada, coerente e responsável, vislumbra-se a necessidade de adoptar os melhores exemplos existentes, para que as actuações sejam motivadoras de um processo de crescimento, não só dos enfermeiros, mas do grupo onde estão inseridos. Não é apenas a acção e inclusão de práticas que estão delimitadas a determinados profissionais (como por exemplo a prescrição). Não que não sejamos competentes para tal. Mas podemos utilizar essa mesma vontade de querer ser mais interventivo com a procura e exigência de acções que moldem o processo de tomada de decisão e a sua aplicação transversal, quer sejam cuidados intensivos, paliativos ou outro qualquer.^{45, 46}

Quando chegamos a uma acto cuja ideia de não escolher ou de se abster de uma escolha é, em si mesma, uma escolha, então tem-se que encarar a o processo de tomada de decisões como uma resposta às necessidades das pessoas, e por isso não é nem dispensável, nem renunciável. É como referem alguns autores como uma realidade a que não é possível escapar.^{47, 48}

⁴⁵ Silva, A.P. - "Enfermagem avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55:1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20

⁴⁶ Neves, M. A. - A tomada de decisão em enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. 6:2 (2002), p. 25-35

⁴⁷ Nunes, L.. - **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**. II Congresso Ordem dos Enfermeiros. [Em linha] 2010, 18 p. [Consultado a 27-10-2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf>

⁴⁸ Nunes, F. M. F. - Tomada de decisão de enfermagem em emergências. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 219 (Março 2007), p. 7-11

ANEXO XXII
**Apresentação do tema “VMNI em Pessoas Doentes com
ELA”**

UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ventilação Mecânica Não Invasiva em casos de Esclerose Lateral Amiotrófica

Elaborado por: Enf.º Pedro Batista

Outubro 2010

VMNI em casos de ELA

Objectivo

Abordar a patologia de ELA numa perspectiva de necessidade de cuidados diferenciados em palição

Sensibilizar para a técnica de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), em situações Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

Debate de questões, dúvidas ou comentários acerca desta temática, assim como dos casos práticos presentes na Unidade de Cuidados Paliativos

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Considerações para a vida em casos de ELA

✓ Enfoque multidisciplinar conjunto

- Pessoas com ELA é uma doença fatal deve-se chegar a uma decisão relativamente à nutrição e assistência respiratória
- É importante que seja a própria pessoa a participar no processo de tomada de decisões, num clima de confiança com o apoio e presença de familiares e dos profissionais de saúde que a acompanham
- Esta decisão deve ser realizada mesmo nos estágios da doença (muito antes de ser necessário qualquer medida médica)
- Descrever numa perspectiva clínica, psicológica e social para as consequências de uma necessidade de suporte permanente de vida em casa

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Considerações para a vida em casos de ELA

✓ Cuidados Paliativos

- O recurso a estes cuidados deve ser discutido muito antes de ser necessário
- As decisões da pessoa devem ser respeitadas
- Estas decisões são passíveis de mudar ao longo do percurso da vida da pessoa e da doença, pelo que deve ser feita hipótese e mudar essas decisões e respeitá-las

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Considerações para a vida em casos de ELA

✓ Alimentação enteral

- Essa via de alimentação previne os efeitos de má nutrição, melhora o conforto e prolonga a vida
- A via preferencial será por uma gastrostomia percutânea, colocada por via endoscópica
- A utilização desta via será como recurso quando a alimentação oral seja difícil ou constituir risco de engasgamento/aspiração

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Considerações para a vida em casos de ELA

✓ Assistência respiratória

- Pode ser realizada mecanicamente de forma não invasiva (BIPAP) ou invasiva (com recurso a uma traqueostomia)
- Deve ser iniciada quando a pessoa manifesta sintomas de hiperventilação atelectar
- Melhora o conforto, o padrão de sono e a sobrevivência, mas deve ser claro que não impede a progressão da doença
- Deve haver a percepção que há sempre um aumento gradual da dependência respiratória

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Considerações para a vida em casos de ELA

✓ Balancêo respiratório ajuda

- Ao ocorrer falência respiratória, a decisão de implementar ventilação mecânica, cuidados paliativos, sedação já deve estar bem avaliada tendo em conta a história da pessoa e os desejos manifestados por este (ou família ??)
- Seja qual for a decisão acerca dos cuidados a prestar, o conforto e o suporte a dar à pessoa doente e sua família são essenciais

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Plano de Cuidados/Intervenções

- Aliviar os sintomas
- Tratar as complicações à medida que forem surgindo
- Promover e auxiliar o doente no seu autocuidado
- Prestar apoio relativamente aos recursos de coping entre doente e família
- Prestar apoio na alimentação
- Promover sono adequado
- Equilibrar a actividade e o repouso

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Plano de Cuidados/Intervenções

- Recorrer a exercícios apropriados de prevenção de espasticidade e força muscular
- Usar o uso de dispositivos auxiliares à medida que forem sendo necessários
- Pode ser necessária gastrostomia para suporte da alimentação
- Manter as vias aéreas desobstruídas
- Recurso a VMNI

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Plano de Cuidados/Ensino

- Fazer o ensino sobre a doença
- Esclarecer quanto à inevitabilidade da total dependência
- Encorajar o doente e família para grupos de apoio locais ou regionais
- Recorrer a serviços de retaguarda pode ser uma ajuda preciosa para o doente e sua família

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Plano de Cuidados/Ensino

- Ensinar o doente a manter o maxilar comprimido, ao comer ou beber, para uma deglutição mais eficaz
- Manter-se sempre em posição erecta às refeições
- Deve ensinar-se o doente a fazer, ele próprio, a expiração, se for possível
- Ensino específico relativamente à protecção das vias aéreas
- Ensino sobre a VMNI

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Definição

Pode definir-se VMNI como um método, que utilizando um aparelho mecânico, fornece pressões positivas às vias aéreas, aumentando a ventilação alveolar

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Objetivos da VMNI

- ✓ Melhorar perfil ventilatório (aumentando o volume corrente e diminuindo a frequência respiratória)
- ✓ Diminuição do trabalho respiratório (permitindo a descompressão dos músculos respiratórios)
- ✓ Melhorar as trocas gasosas
- ✓ Diminuir a dispnéia (desconforto)

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Indicações

Insuf. Respiratória Aguda predominantemente hiperclorêmica

- ✓ Aplicação de DPOC
- ✓ IP após intubação
- ✓ Doenças com desmama difícil
- ✓ Descompensação da fibrose quística
- ✓ Doentes que recusam VMI
- ✓ Patologias neuromusculares
- ✓ Deformações torácicas

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Contra-Indicações Relativas

- ✓ Doente pouco cooperante
- ✓ Obesidade mórbida
- ✓ Angor ou enfarte do miocárdio
- ✓ Doentes sem autonomia para remover a máscara em caso de vômito

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Contra-Indicações Absolutas

- ✓ Coma e/ou vômito
- ✓ Instabilidade hemodinâmica ou electrocardiográfica (arritmias graves)
- ✓ Traumatismos da face/nariz
- ✓ Incapacidade em eliminar secreções e/ou salivares abundantes

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Complicações

- ✓ Retenção de secreções
- ✓ Distensão abdominal
- ✓ Dor ou lesão cutânea nos locais de pressão da máscara
- ✓ Intolerância à máscara (claustrofobia)
- ✓ Ausência de melhoria ou agravamento da dispnéia, estado de consciência (ou da gasimetria arterial)
- ✓ Instabilidade hemodinâmica
- ✓ Secura das mucosas
- ✓ Irritação ocular (devido a fugas)
- ✓ Otalgia (dor sinusal) (Necessidade de ajustar a pressão)

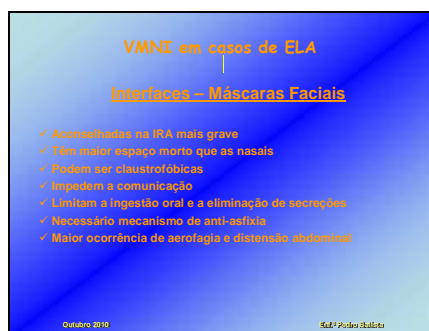
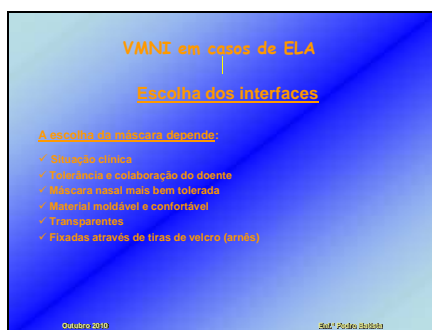
Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Aparelhos de VMNI (composição)

- ✓ BIPAP
- ✓ Máscaras hipoalérgicas e confortáveis
- ✓ Fiação (tubos)
- ✓ Têxteis
- ✓ Fonte de O₂
- ✓ Filtros (Humidificadores/Bacteriológicos)
- ✓ Válvula Expiratória (saída de CO₂)
- ✓ Humidificadores
- ✓ Fonte de energia (bateria)

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista



VMNI em casos de ELA

Interfaces - Máscaras Nasais

- ✓ Mais utilizadas - menos claustrofóbicas
- ✓ Mais confortáveis
- ✓ Permitem aspirar secreções e falar
- ✓ Minimizam as complicações em caso de vômito
- ✓ Fugas em caso de mau encerramento da boca

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Cuidados com o Equipamento

Montar o circuito de ventilação testando, previamente, o seu funcionamento

- BIPAP
- Filtro
- Máscara (nasal/ facial)
- Conexão de O₂
- Traqueia
- [Swivel (saída CO₂), caso a máscara não tenha]

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Modalidades Ventilatórias

- ✓ CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
- ✓ BIPAP – Bilevel Positive Airway Pressure (utiliza 2 níveis de pressão)

IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure)
EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure)

IPAP + EPAP

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Modalidades Ventilatórias

- ✓ CPAP

Consiste numa pressão positiva que é distribuída de um modo contínuo nas vias aéreas, durante todo o ciclo respiratório.

Síndrome de Apneia/Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Modalidades Ventilatórias

- ✓ BIPAP

IPAP – Ajuda os músculos inspiratórios, quando estes se encontram sujeitos a um aumento do trabalho respiratório.

EPAP – Permite a manutenção da permeabilidade das vias aéreas durante a expiração.

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Modalidades Ventilatórias

- ✓ BIPAP

No início da inspiração a modificação do nível de fluxo no circuito funciona como sinal para o ventilador gerar o valor de P_{max} pré – regulado.

No fim da inspiração, o suporte em pressão termina, a pressão no circuito cai então para o nível pré – regulado de EPAP permitindo a expiração que se faz de forma passiva.

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Cuidados de enfermagem

- ✓ Verificar as prescrições prescritas e conexão ao O₂
- ✓ Explicar ao doente no que consiste o tratamento
- ✓ Monitorizar periodicamente a SaO₂ periférica
- ✓ Posicionar cabeceira a 45°
- ✓ Adaptar a máscara indicada para o doente e situação
- ✓ Fixar a máscara sem fugas e sem pressões sugeradas, fixando as tiras de velcro do atrás

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Cuidados de enfermagem

- ✓ Tranquilizar e resolver o doente no tratamento explicando-lhe a necessidade de uma boa adaptação à máscara
- ✓ Vigiar as complicações e ensino ao doente
- ✓ Corrigir as fugas de ar juntando a máscara à face do doente evitando pressões excessivas
- ✓ Vigiar a integridade da pele nas zonas de contacto com a máscara
- ✓ Aplicar protectores adesivos, hidratação nos locais de mais pressão
- ✓ Registrar

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Monitorização

Doentes
Riscos
Lesões na pele
Dependentes da máscara

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

VMNI em casos de ELA

Bibliografia

- ↳ Bachy, J. e Gonçalves, R. (2008) Resultados de ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(10), pp. 32-37
- ↳ Direção Dist. de Saúde (2008) *Protocolo de Cuidados Respiratórios Intensivos*. Lisboa: DSS. Código Nacional de Acesso: 00706049.
- ↳ Bouchard, D. e Lavoie, M. (2008) *Transtorno da voz associado com uma forma de síndrome de Guillain-Barré*. *Revue de Neurologie*. Vol. 17, pp. 242-244.
- ↳ Lorange, A. L. (2008) *VNI nos distúrbios Neuromusculares*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Distúrbios Neuromusculares. 14 p. [acedido em 12/10/2010]
- ↳ Lorange, A. L. et al. (2007) *Effect of noninvasive ventilation on respiratory quality of life and respiratory function and cognition: A review of the literature*. *Neurology*. Vol. 68, pp. 180-186.
- ↳ Pagan, S. et al. (2000) *Effect of noninvasive ventilation on survival, quality of life, respiratory function, and cognition: A review of the literature*. *Neurology*. Vol. 54, pp. 280-288.
- ↳ Rocha, J. A. e Miranda, M. J. (2007) *Estudo de ventilação não invasiva do neurónio motor – Caso de Síndrome de Guillain-Barré*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. 13, pp. 20-24.
- ↳ Tassinari, C. (1998) *Transtorno da voz associado com uma forma de síndrome de Guillain-Barré*. *Revue de Neurologie*. Vol. 134, pp. 242-244. [acedido em 12/10/2010]

Outubro 2010 Enf.º Pedro Batista

ANEXO XXIII

Guia de orientação para pessoas doentes com ELA



Guia de Orientação

Pessoa Doente com ELA

Elaboração:

Pedro Miguel Henriques Batista

Estudante do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Orientação:

Fátima Oliveira

Enf.^a Chefe – Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento Menni, Idanha

Idanha, Novembro de 2010

Índice

Índice	243
1 – Nota introdutória	245
2 – Patologia da ELA	246
3 – Sintomas e controlo sintomático.....	247
4 – Abordagem à pessoa doente com diagnóstico de ELA.....	251
5 – Problemas levantados	253
5.1 Alimentação.....	253
5.2 Comunicação	254
5.3 Apoio psicológico	255
5.4 Apoio espiritual	255
5.5 Fase terminal	256
6 – Ventilação Mecânica Não Invasiva.....	258
7 – Enunciados CIPE.....	262
8 – Bibliografia.....	264
Anexos.....	268
Anexo I 269	
Anexo II 274	
Anexo III 276	
Anexo IV 277	
Apêndices	283
Apêndice I.....	Erro! Marcador não definido.
Apêndice II	Erro! Marcador não definido.

I – Nota introdutória

No circuito de patologias com critérios para cuidados paliativos, a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma das mais usuais. ELA é assim denominada porque existe uma Esclerose (endurecimento) Lateral (porque a doença começa geralmente em um dos lados do corpo); Amiotrófica (porque resulta na atrofia muscular). Actualmente conhecida em Portugal por ter vitimado o músico Zeca Afonso, assim como o físico Stephen Hawking. Também conhecida por doença do neurónio motor ou Doença de Lou Gehrig's é uma doença degenerativa do sistema neuromotor no adulto, cujo maior número dos casos começa na faixa etária dos 40 anos, tendo uma duração média de 3 a 4 anos de duração, onde 10% dos pacientes sobrevivem mais de 10 anos.

O processo paliativo desta doença começa logo na fase de diagnóstico e prolonga-se até após o óbito da pessoa com ELA. A não intervenção numa das fases de acompanhamento deste processo pode ter repercussões prejudiciais para a pessoa e família, assim como para o profissional de saúde. A presença de um documento em forma de guia de orientação para os cuidados a pessoas com ELA ao qual se acresce informações relativas a aspectos acessórios como a decisão e comunicação; ou particularidades como guias de evolução e informação clínica ou terapêutica, permite ao profissional aceder a um conjunto de dados e operacionalizar os cuidados indicados e específicos para a pessoa que tem em seu cargo.

Este documento pretende ser uma ferramenta útil para todos os profissionais de saúde e em particular para os enfermeiros uma vez que se adapta a informação para uma linguagem definida na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Mas apesar desta direccionalidade, os frutos deste trabalho derivam da articulação interdisciplinar de temas obtidos também em medicina e psicologia assim como outras áreas, que não tão visíveis, contribuem para que se prestem cuidados de excelência a estas pessoas. ^[3]

2 – Patologia da ELA

A ELA é uma patologia progressiva derivada de uma degeneração dos neurónios motores, havendo a sua suspeita quando ocorre deficits e progressivo alastramento de sintomas decorrentes de alterações dos neurónios motores superiores (cérebro) e inferiores (medula). Pode ser adquirida ou hereditária. É uma patologia rara e letal pela razão de não ter nenhuma cura conhecida, para além de não haver fármacos dirigidos à patologia (salvo utilização do Riluzol), restando o controlo sintomático e cuidados para otimizar a qualidade de vida. ^[8, 14]

É uma patologia neurodegenerativa caracterizada pela progressiva atrofia, enfraquecimento e paralisia muscular que conduz à morte (geralmente por falha respiratória), em média cinco anos após o diagnóstico. Este é baseado em exames clínicos e electrofisiológicos (electromiografia e estudos da velocidade de condução nervosa). ^[8]

Relativamente aos deficits dos neurónios motores superiores verifica-se pela clínica: reflexos exagerados em pessoas com fraqueza muscular e amiotrofia. Relativamente aos deficits dos neurónios motores inferiores verifica-se pela clínica: fraqueza motora com amiotrofia e fasciculações, mas com preservação da mobilidade ocular, funções sensoriais objectivas e funções dos esfíncteres; pelos estudos electrofisiológicos ocorre sinais de alterações da enervação afectando a região bulbar, cervical e lombar. Não se verificam sinais de síndromes inflamatórias no sangue ou no líquido cefalorraquidiano. ^[8]

Apesar de desconhecidas as causas do aparecimento de ELA, é sugestivo que o padrão hereditário deriva de uma deficiência ao nível da produção de uma enzima que pode ser transmissível para a descendência. ^[8]

3 – Sintomas e controlo sintomático

A par do que se passa com todas as pessoas que requerem cuidados paliativos, o controlo de sintomas nos casos de ELA é preponderante para que a qualidade de vida que essa pessoa tem seja otimizada. Não se considera haver um tratamento tipo pois a doença é fatal e apenas pode ser atrasada a necessidade de suporte ventilatório cerca de 3 a 5 meses com um fármaco denominado Riluzol, cujo nome comercial é Rilutek® (Anexo I). Toda a restante farmacologia é usada para controlo de sintomas. Toda a restante farmacologia é usada para controlo de sintomas. ^[8,14]

O padrão de progressão e a velocidade com que evolui varia bastante de indivíduo para indivíduo. Mais especificamente, os sinais iniciais são normalmente fraqueza muscular, perda de equilíbrio, dificuldade em deglutir, alteração da voz com dificuldade na comunicação por presença de discurso pastoso e imperceptível, e câibras musculares. ^[8]

Com o tempo, as pessoas perdem a capacidade de algumas actividades diárias como: vestir, alimentar, sentar, andar ou simplesmente falar. Como já foi referido, os neurónios sensoriais não são afectados, pelo que a visão, audição, olfacto, paladar, e o tacto mantêm-se funcionais, assim como as faculdades intelectuais e a memória permanecem igualmente activas. Perante este quadro os doentes assistem lúcida e cruelmente à progressão da doença e à deterioração das suas capacidades funcionais. ^[8, 24]

Numa forma de organização, apresenta-se de seguida um quadro com a sintomatologia mais frequente, directa e indirecta à patologia (Quadro 1) seguido de uma abordagem a cada sintoma sob a forma de cuidados a ter em cada caso (Quadro 2). ^[8]

Sintomatologia

Directos	Indirectos
Fraqueza e atrofia	Distúrbios psicológicos
Cãibras e fasciculações musculares	Perturbações do sono
Espasticidade	Obstipação
Disartria	Sialorreia
Disfagia	Secreções mucosas
Dispneia	Hipoventilação crónica
Choro e riso patológico	Dor

Quadro I – Sintomas directos e indirectos mais frequentes na ELA [8]

Intervenções nos sintomas

Sintoma	Intervenção
<u>Fraqueza muscular</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter o maior nível de independência pelo maior tempo possível
<u>Disfagia</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adaptar consistência da dieta ✓ Técnicas de engolir ✓ Ingesta oral insuficiente e ou intolerância em engolir [Considerar PEG]
<u>Disartria</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Combinar técnicas de comunicação previamente ✓ Comunicação por computador
<u>Dispneia</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fisioterapia ✓ Medicação na presença de quadro de ansiedade ✓ Ventilação Mecânica Não Invasiva [VMNI] intermitente [informação à família e doentes que serve para paliar e melhorar a qualidade de vida em vez de a prolongar] - Para ser eficiente deve ser administrado em períodos de pelo menos 4h/d e de preferência à noite
<u>Factores psicológicos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depressão reactiva ✓ Uso de medicação e consultas de

	acompanhamento
<u>Alterações do padrão de sono</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Devido a mudança de posição ✓ Problemas psicológicos ✓ Cãibras ✓ Fasciculações ✓ Disfagia ✓ Dispneia
<u>Secreções espessas</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição de fluidos e diminuição da tosse ✓ Aspiração é mais eficaz na presença de TT ✓ Fisioterapia
<u>Riso patológico e choro</u>	✓ Problema pseudobulbar - Não são alterações do comportamento mas sim afectações patológicas
<u>Obstipação</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dieta ✓ Fluidos ✓ Revisão da medicação
<u>Dor</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não é hábito provocar dor, embora resulte de um stress aos ossos e atrofia muscular ✓ Uso de Anti-inflamatórios Não Esteróides ✓ Posicionamentos
<u>Doença por refluxo gastroesofágico</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaxamento do cardia ✓ Excesso de alimentação
<u>Edema das mãos e pés</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edemas de declive ✓ Mobilizações ✓ Posicionamento
<u>Frequência e urgência urinária</u>	✓ Espasticidade da bexiga
<u>Tremer do queixo</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reacção a frio ✓ Ansiedade ✓ Dor ✓ Ponderar uso de Benzodiazepinas
<u>Laringospasmo</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Provocado por diversos estímulos (emoções, sabores cheiros forte, ar frio, aspiração drenagem sinusal refluxo gástrico) ✓ Pode passar com engolir a seco enquanto respira através do nariz

Congestão nasal

✓ Descongestionante

Quadro 2 – Sintomas frequentes e sugestões de actuação ^[8]

4 – Abordagem à pessoa doente com diagnóstico de ELA

Ao abordar uma doença tão limitativa e de prognóstico reservado e certo não é algo fácil. Ao comunicar a uma pessoa que tem ELA e explicar o trajecto desta patologia pode causar um trauma psicológico que a pessoa terá que lidar com mecanismos de defesa e adaptação. Isto implica que o acompanhamento desta doença deva incluir conhecimentos, percepção e aceitação destes mecanismos, pelo que deve ser presente o apoio de um psicólogo. [8]

Dar a notícia num diálogo interactivo é importante pois deve-se fornecer informação clínica em articulação com uma escuta activa. Para complementar informação e facilitar a visualização da progressão da doença pode-se adoptar guias de acompanhamento e de registo sintomático, como o realizado nos EUA (Anexo II). Apesar da sua utilização deva ser na fase inicial da doença, certos casos em internamento paliativo pode beneficiar através de um indicador de conhecimento da pessoa com ELA e das dúvidas ou informações ainda não referidas, servindo quer de guia de registo como de cábula guia de consulta. [8]

Durante o curso da doença deve haver um balanço, por um lado entre a antecipação de dificuldades decorrentes da patologia e a introdução de medidas de suporte de vida e qualidade de vida, e por outro lado respeitar o estado psicológico e emocional da pessoa assim como os seus planos de vida e ambiente onde está inserido. [6, 8, 23]

Uma vez que a ELA é uma doença fatal é necessário chegar a um acordo sobre dois pontos essenciais: alimentação e assistência respiratória. Esta abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, muito antes de ser necessária. O objectivo é incluir a pessoa na tomada de decisão num clima de confiança, informando das opções e da realidade possível. [2, 9, 10, 13, 18, 19]

Outra informação a fornecer à pessoa com ELA deriva da necessidade de cuidados paliativos. A discussão desta necessidade também deve ser realizada o mais cedo possível e perceber qual a disposição da pessoa perante estes cuidados e para

isto é importante o envolvimento de todos os profissionais e da colaboração estrita entre eles, beneficiando da formação permanente e treino adquiridos. [2, 9, 10, 13, 19]

Os desejos da pessoa devem ser respeitados dentro destes limites e temas. Deve ser dada a hipótese de uma decisão precoce mas alterável ao longo do percurso da doença, mas sempre com a perspectiva de ter o direito de beneficiar de qualquer destas acções e cuidados em qualquer fase da sua doença. [9, 10, 13, 19, 24]

A decisão e comunicação são dois aspectos que devem ser bem realizados no contexto das ELA pelo facto de prevenirem uma má evolução do processo patológico da doença. [9, 10, 13, 18, 19, 24]

A necessidade de estipular os passos para uma decisão correcta é reconhecida por estudos em áreas como a psicologia, sociologia, e temas de saúde sendo também transversal a algumas teorias de enfermagem como Dorothea Orem na sua teoria que define a necessidade de um auto-cuidado e por definição uma apropriação das decisões sobre a sua condição de saúde/doença; e Betty Neuman pela complexidade de abordar a pessoa como uma interacção dinâmica de múltiplas partes que contribuem para a definição de problemas em enfermagem e a compreensão da pessoa com o seu meio ambiente. Para conhecer um pouco mais sobre os processos de decisão e dentro destes, o processo de decisão ao nível dos cuidados de saúde, dos cuidados paliativos e das decisões profissionais/decisões dos doentes, foi elaborado um apêndice sobre esta questão (Apêndice I). [1, 2, 6, 13, 24]

A comunicação de informações e de indicações muitas vezes é associada à comunicação de más notícias. A forma como se encara uma reunião com a pessoa doente e sua família, e se lhe diz o diagnóstico e prognóstico, é pesado para os profissionais que acompanham este “desfecho”. [5, 6, 7, 12, 24]

A utilização de um protocolo para facilitar um processo (nunca de o substituir) torna-se uma boa ferramenta e a escolha reside na utilização do protocolo de comunicação de más notícias denominado de protocolo de Buckman. Estas ferramentas existem para auxiliar os profissionais a comunicar com as pessoas acerca de assuntos relacionados com más notícias mas é também transversal a um conjunto de intercorrências. Para facilitar a sua utilização, foi criado no final deste documento (Apêndice 2). [5, 6, 7, 12, 24]

5 – Problemas levantados

Tem sido enorme o esforço no sentido de se desenvolver e melhorar a adaptação do doente às suas crescentes dificuldades, lutando para aumentar a sobrevida e melhorar a sua qualidade de vida. Em consequência das múltiplas complicações que necessariamente ocorrem durante a evolução da doença a abordagem da mesma é multidisciplinar envolvendo a neurologia, pneumologia, gastroenterologia, fisioterapia, psicologia entre outras.

Reforçando esta ideia, o processo de preparação para o desenvolvimento da ELA deve ser o mais precoce possível. Destes casos emergem alguns problemas específicos que requerem uma atenção técnica e científica mais apurada. Desta forma estabelece-se um conjunto de indicações para a comunicação, para a alimentação, a ventilação, assim como no apoio psicológico e espiritual requerido e às especificidades na fase terminal.

5.1 Alimentação

A alimentação é essencial para a manutenção das funções vitais de um organismo e que necessita de um mecanismo de ingestão ou fornecimento de alimentos no tubo digestivo. Em caso de incapacidade de deglutir, como se passa nos casos de ELA, a alimentação oral terá de ser substituída por técnicas que ultrapassem a barreira da ingestão. [24, 25]

A alimentação entérica previne os efeitos de má nutrição, e melhora o conforto e a sobrevivência das pessoas doentes. Numa situação temporária pode utilizar-se sondas nasogástricas (SNG) sendo esta uma solução que peca pela pouca validade que estas sondas têm após a sua colocação (cerca de 10 dias). [24, 25]

Idealmente deve-se ponderar e decidir a colocação de uma gastrostomia endoscópica percutânea [PEG] cuja duração é maior e permite uma comodidade que a SNG não trás (pela sua colocação nas narinas ou boca). A utilização desta via será

como recurso quando a alimentação oral seja difícil ou constitua risco de engasgamento/aspiração. Esta colocação é decidida antecipadamente pela pessoa com ELA e os profissionais de saúde. A colocação desta gastrostomia não inviabiliza a aspiração de vômito que continua a ser um risco acrescido para o doente. (Figura 1).

[24, 25]

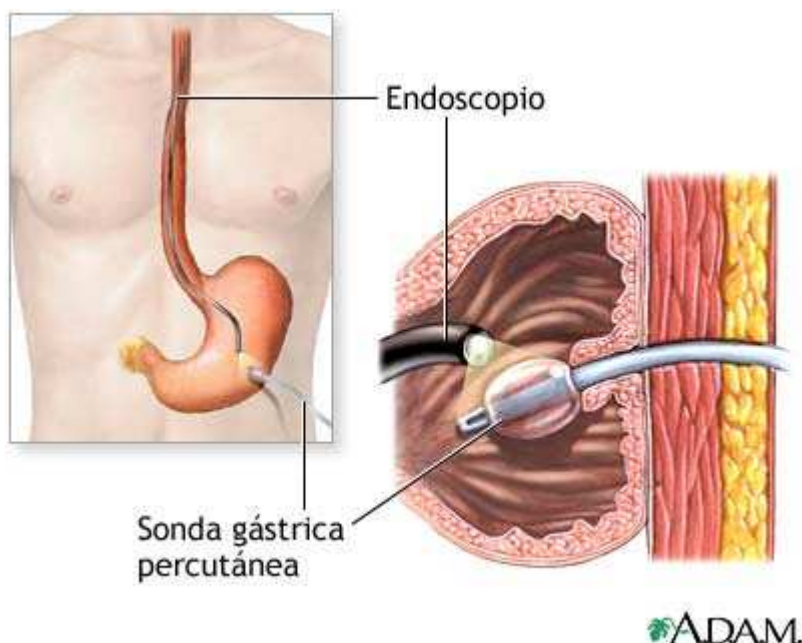


Figura 1 – Visualização artística de uma PEG^[26]

5.2 Comunicação

A comunicação é algo inato e que se associa às necessidades dos seres humanos. Nos casos de ELA surgem déficits decorrente da diminuição de força e do padrão respiratório, que torna a comunicação cada vez mais difícil pela não verbalização e diminuição da força para escrever. Quando estas restrições ocorrem é necessário encontrar alternativas para superar esta barreira.^[8, 19]

Adaptações de sistemas de comunicação variam de acordo com as capacidades da pessoa doente e dos recursos existentes. Deve ser encontrada um conjunto de aspectos de comunicação prévios e pontuais antes de ocorrer os déficits descritos. Se não for possível atempar esta necessidade, existem alternativas baseadas em suportes

informáticos que permite apenas com o movimento ocular a comunicação de forma independente e perceptível.^[8, 19]

5.3 Apoio psicológico

De acordo com estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), muitas pessoas pretendem falar e ter acesso a uma forma de suicídio assistido que resulta do medo de ser um *burden* (peso, estorvo) e de se sentirem isolados ou despidos da capacidade de decidir em relação às opções tomadas pela equipa de saúde (contudo estas acções suicidas são raras).^[2, 19, 23, 24]

Quanto à qualidade de vida, 100% da preocupação vai para a família e 50% para situações de saúde. Considera-se que o *burden* familiar é muito evidente pelo que deve haver aqui atenção especial ultrapassando as preocupações de qualidade de vida decorrentes de problemas físicos ou força. Uma força de amparo para estas pessoas que se vem na situação de necessidade de auxílio nesta adversidade pode decorrer da solicitação de instituições de apoio relacionado com ELA.^[2, 19, 23, 24]

Em Portugal existe a APELA (Associação portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica) sediada no Hospital de Santa Maria – Serviço de Neurologia, na Av. Professor Egas Moniz, 1064 - 001 Lisboa (Telefone: 21 780 50 00 – ext 51789 – Secretariado ao cargo da D. Margarida); ou então a Comunidade ELA no sitio <http://noseela.ning.com/>

5.4 Apoio espiritual

“A doença é um tempo de perdas (...) mas o conhecimento Antecipado da perda do contacto físico com as pessoas de quem se gosta é, de todas, a mais dolorosa. (...) a postura do meu marido perante a morte é algo de que me orgulho bastante, porque permitiu longas conversas e a satisfação de nada ter ficado por dizer”

In post da Comunidade ELA [Acedido 27/10/2010]

http://api.ning.com/files/-dZaosCqOO9OojNABa2yG5v*p*VBE-OQ3KRS4GhRMyNefrxBudJ9oWMFr7Q6J2SPMGK4BVuGiOhAqjQnyPAkxjmr3plSDIP/testemunho_zilda_franca.pdf

Muitas vezes subestimado.

A abordagem do ponto de vista espiritual pode ser importante na informação/decisão de utilizar uma PEG e/ou VMNI. Em alguns casos a prática espiritual desenvolve-se com o percurso feito pela pessoa com ELA manifestando-se pela forma como a pessoa lida com esta doença. [2, 6, 8, 24]

Um indivíduo que se aproxima do fim de vida verbaliza o seu sofrimento de diversas formas através de mecanismos de procura de sentido para a vida (e de certa forma para o que lhe esta a acontecer), questões da vida depois da morte, de comunhão com o mundo, a humanidade ou a natureza, ou por um processo de ligados à religião. O objectivo ao promover acompanhamento espiritual passa: pelo apoio à pessoa/família pelo percurso da doença e posteriormente pelo trabalho de luto, ajudar na procura das grandes questões existenciais ligadas à vida e à morte; e ajudar a apoiar nas suas convicções religiosas. [2, 6, 8, 24]

O apoio espiritual prestado à família pode prevenir situações durante o processo de falecimento, antevendo eventuais processos de luto patológicos e sentimentos de culpabilização, visto que o processamento do luto inicia-se precocemente, começando imediatamente a seguir a comunicação do diagnóstico numa forma de luto antecipado. [2, 6, 8, 24]

Para ultrapassar eventuais angústias espirituais, o enfermeiro deve transmitir à restante equipa e em conjunto realizar acções como dedicar tempo à pessoa (escutando-a, respeitando-a quanto a dúvidas, convicções e sentimentos) e se pretendido auxilia-la no cumprimento de prática religiosas e contactar um ministro da sua religião. [2, 6, 8, 24]

5.5 Fase terminal

Cerca de 90% tem uma morte pacífica durante o sono e nenhum morre por sufocação (dados dos EUA). Em doente que não tem ventilação mecânica passam do sono para o coma devido a narcose por hipercapnia. Se houver uma situação em que

se verifique sinais de dispneia ou inquietamento deve-se promover a administração de morfina associada a uma benzodiazepina que deverão ser aumentadas até ao desaparecimento do sintoma. [2, 6, 8, 24]

O facto de estas drogas provocarem depressão respiratória é sobrevalorizado. Atendendo a doutrina do duplo efeito, a utilização de drogas opióides é justificado eticamente e legalmente no processo de controlo sintomático. [2, 6, 8, 24]

Há casos em que a pessoa quer morrer em casa o que deverá ser ajustado com a unidade de cuidados paliativos. [2, 6, 8, 24]

6 – Ventilação Mecânica Não Invasiva

“Hello!!

Tenho o bipap desde janeiro.....e não consigo usar!Serei imbecil!Anormal?!

mal-feita!?esquisita?! bem...julgo que sou isso tudo!!!

gela-se a garganta ...entope-se o nariz...dói-me a garganta.....não durmo....engasgo-me...

O meu record :3h....mas a dormirar ,NÃO A DORMIR!As 3h30 da manhã tirei....PARA

DORMIR!

Não ha discussão.....sou mal construída!!!!e.....GOSTO DE DORMIR de noite!!!!!!!

Um abração do tamanho do mundo para quem tanto faz por doentes ELA!!!”

In post da Comunidade ELA [Acedido 27/10/2010

<http://noseela.ning.com/forum/topics/2126400:Topic:3952>]

A dificuldade respiratória devido aos problemas neuromusculares é outro problema que emerge de uma situação de ELA. A par da degradação gradual da musculatura, a respiração sofrerá alterações nas pessoas com ELA através do enfraquecimento dos músculos respiratórios. Uma decisão terá de ser tomada em contexto de reunião familiar sobre as técnicas de apoio à ventilação quer de forma invasiva ou não invasiva, podendo-se seguir o algoritmo representado na figura 2. [2, 4, 15, 21]

Assim, o mais precocemente possível, deve ser perguntado a vontade de ser colocado a um ventilador a partir do momento em que se instala um quadro de dificuldade respiratória. A opção ventilação invasiva deve ser precedido de informação sobre a necessidade de uma traqueotomia e que a ventilação será realizada em contexto domiciliários (preferencialmente com algum apoio técnico inicial por parte dos profissional de saúde). [2, 4, 11, 16, 21]

A instalação de dificuldade respiratória varia de meses a anos até culminar numa instalação de falência respiratória aguda, altura em que se operacionalizam as decisões já tomadas de acordo com a sua vontade antecipada. Em qualquer dos casos, os cuidados a prestar, o conforto e o suporte a dar à pessoa doente com ELA e sua família são essenciais, assim como o respeito pelas suas decisões pois é necessário garantir que sempre que quiserem suspender a VMNI, a medicação e os cuidados

necessários serão sempre garantidos. A informação pode ser suportada através de instrumentos que facilitem a comunicação e esclareçam dúvidas como o folheto proposto em anexo [Anexo III] [4, 8, 11, 15, 16, 17, 21]

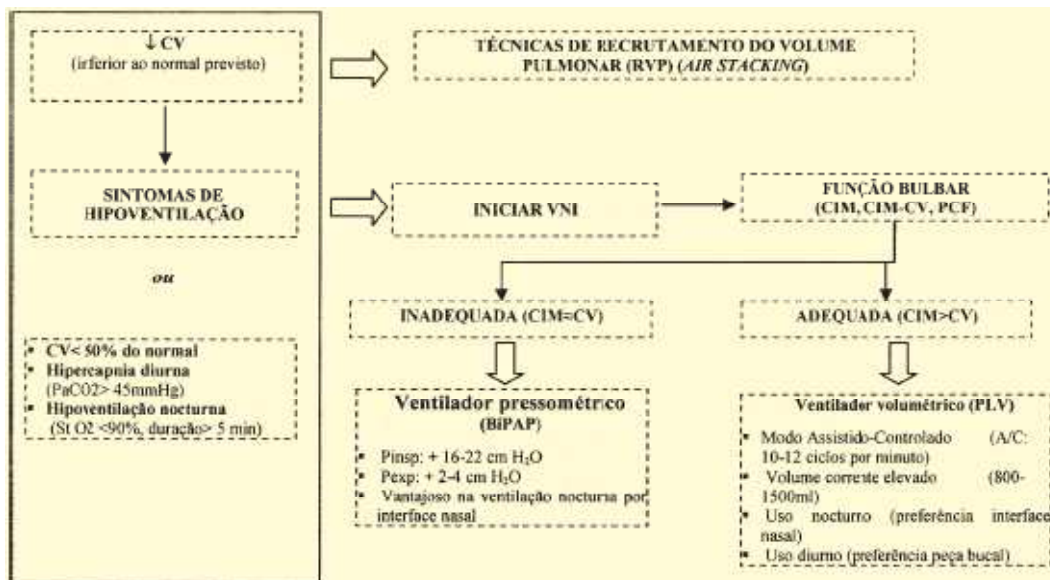


Figura 2 – Esquema de critérios para início de VMNI [22]

Há uma segunda opção que reside na utilização de VMNI numa fase intermédia onde apenas fará o suporte noturno ou periódico com evidência de sintomas de hipoventilação alveolar. Esta técnica promove um melhor conforto, um mais tranquilo padrão de sono e uma extensão da sobrevivência, não impedindo a progressão da doença. Deve haver a percepção de que irá haver sempre um aumento gradual da dependência respiratória. [4, 8, 11, 15, 16, 17, 21]

A VMNI preconiza a utilização de um aparelho mecânico e de um interface, administrando uma pressão positiva, através do aumento a ventilação alveolar. Pretende-se que esta técnica melhore o perfil ventilatório, diminua o trabalho respiratório (permitindo o descanso dos músculos respiratórios), melhore as trocas gasosas e diminua a dispneia (desconforto). Promove a vantagem de diminuir incidências de pneumonias, maior conforto e a natureza não invasiva do procedimento promove uma remoção fácil. [4, 11, 15, 16, 17, 21, 25]

Estes aparelhos permitem utilizar as pressões inspiratórias e expiratórias como auxiliares na ventilação. Uma das modalidades ventilatórias existentes são o CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) que consiste numa pressão positiva que é

distribuída de um modo contínuo, nas vias aéreas, durante todo o ciclo respiratório. Mais utilizada nos ventiladores volumétricos, esta modalidade foi aos poucos substituída por outra mais eficaz e fisiológica o BiPAP (*Bi-Level Positive Airway Pressure*). [4, 11, 15, 16, 17, 21]

O BiPAP funciona através de uma variação entre uma pressão que ajuda os músculos inspiratórios, quando estes se encontram sujeitos a um aumento do trabalho respiratório (IPAP – *Inspiratory Positive Airway Pressure*), em alternância com uma manutenção da permeabilidade das vias aéreas durante a expiração (EPAP – *Expiratory Positive Airway Pressure*). Resumidamente, no início da inspiração a modificação do nível de fluxo no circuito funciona como sinal para o ventilador gerar o valor de IPAP pré – regulado e no fim da inspiração, o suporte em pressão termina, a pressão no circuito cai então para o nível pré – regulado de EPAP permitindo a expiração que se faz de forma passiva. [4, 11, 15, 16, 17, 21]

Os aparelhos utilizados são constituídos por diversas peças que permitem realizar a técnica de VMNI. Essencialmente necessitasse de um módulo de pressões (usualmente um BiPAP), máscaras hipoalérgicas e confortáveis para a pessoa doente, um sistema de fixação (denominado de arnês), traqueias, uma fonte do oxigénio, filtros (humidificadores/bacteriológicos), uma válvula expiratória (permite a saída de CO₂), sistema de humidificação, e uma fonte de energia (alguns modelos possuem bateria). [4, 11, 15, 16, 17, 21]

A escolha dos interfaces depende da avaliação geral da pessoa e do grau de colaboração desta. Existem variantes para a realização de VMNI sendo as mais usuais a máscara facial, a máscara nasal e os tampões nasais. Prioritariamente à necessidade clínica pode-se adoptar um ou mais interfaces de acordo com a tolerância e conforto da pessoa. O essencial é que haja uma boa adaptação ao sistema, com o mínimo de fugas possível e que seja eficaz. [4, 11, 15, 16, 17, 21]

A utilização de um aparelho de VMNI não é isento de complicações, pelo que se requer uma vigilância periódica. Dependendo do aparelho (pois há alguns modelos com alarmes) e do tipo de interface utilizado/escolhido as complicações são mais ou menos frequentes (Quadro 3). [4, 11, 15, 16, 17, 21, 25]

Retenção de secreções

<i>Distensão abdominal</i>
<i>Dor ou lesão cutânea nos locais de pressão da máscara</i>
<i>Intolerância a máscara (claustrofobia)</i>
<i>Ausência de melhoria ou agravamento: da dispneia, estado de consciência [ou da gasimetria arterial]</i>
<i>Instabilidade hemodinâmica</i>
<i>Secura das mucosas</i>
<i>Irritação ocular (devido a fugas)</i>
<i>Otalgia /dor sinusal (Necessidade de ajustar a pressão)</i>

Quadro 3 – Complicações mais frequentes na utilização de VMNI [25]

Para permitir a maior eficácia da VMNI e que esta decorra da melhor forma para a pessoa doente é necessário um conjunto de cuidados. É necessário explicar ao doente no que consiste o tratamento, podendo contribuir numa fase inicial informação condensada e dirigida como o folheto informativo em anexo [Anexo III]. É importante manter um ambiente tranquilo e envolver o doente no tratamento explicando-lhe a necessidade de uma boa adaptação á máscara. [4, 11, 15, 16, 17, 21, 25]

Esta deve ser escolhida de acordo com a tolerância da pessoa e à sua situação, fixada através do arnês de forma a evitar fugas e sem provocar pressões exageradas. Com um posicionamento de 45° e correcção de fugas de ar promove-se um padrão de ventilação ideal. Este evitar de fugas, através de ajuste do arnês, pode provocar alterações cutâneas no nariz, pelo que se deve vigiar a integridade da pele nas zonas de contacto com a máscara, e aplicar protectores adesivos hidrocolóides nos locais de mais pressão como forma de prevenção. [4, 11, 15, 16, 17, 21,25]

Para garantir que esta técnica está a ser realizada correctamente, deve-se monitorizar periodicamente a SaO₂ periférica e vigiar complicações descritas, ultrapassando estas com um ensino ao doente tecnicamente temos de, previamente, verificar se as pressões prescritas e conexão ao oxigénio estão conforme a indicação médica. [4, 11, 15, 16, 17, 21, 25]

7 – Enunciados CIPE

A necessidade de descrever os fenómenos de enfermagem, as intervenções específicas dos enfermeiros e os resultados obtidos pelos mesmos, de forma a que um determinado fenómeno em Portugal seja descrito e tratado de igual forma em qualquer parte do Mundo, levou a criação de uma classificação denominada de CIPE (Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem).^[3, 19, 20]

A utilização de uma linguagem comum à qual se adiciona conceitos que são transversais aos idiomas e áreas de especialidade permitem estabelecer um conjunto de informações que contribuem em larga escala para a comparação de dados e investigação e a nível micro mas mais importante, projecta tendências das necessidades das pessoas doentes, da prestação de cuidados, da utilização de recursos e de resultados obtidos pelos enfermeiros.^[1, 3, 19, 20]

Nos casos das ELA existem bastantes hipóteses de diagnóstico de enfermagem, muitas decorrentes da sintomatologia. Para a elaboração de um plano de cuidados/intervenções de enfermagem estabeleceu-se um conjunto de tópicos que se apresenta de seguida (Quadro 4), assim como tópicos que podem ser úteis na eventualidade de necessidade de um plano de ensino para pessoas com ELA e seus familiares (Quadro 5).^[3, 8, 19, 20]

Adequando a uma linguagem CIPE criou-se um conjunto de quadros com focos e intervenções levantados para uma situação de ELA (Anexo IV). Fica a ressalva de que estes focos são tipificados para uma pessoa com ELA e que devem ser adequados, na prática, há situação específica encontrada. Após um percurso pelas fases do processo de enfermagem combinados de uma avaliação inicial – diagnóstico – planeamento – execução – avaliação.^[1, 3, 8, 19, 20]

Plano de Cuidados/Intervenções

<i>Aliviar os sintomas</i>
<i>Tratar as complicações à medida que forem surgindo</i>
<i>Promover e auxiliar o doente no seu autocuidado</i>
<i>Prestar apoio relativamente aos recursos de coping entre doente e família</i>
<i>Prestar apoio na alimentação</i>
<i>Promover sono adequado</i>
<i>Equilibrar a actividade e o repouso</i>
<i>Recorrer a exercícios apropriados de prevenção de espasticidade e força muscular</i>
<i>Iniciar o uso de dispositivos auxiliares à medida que forem sendo necessários</i>
<i>Pode ser necessária gastrostomia para suporte da alimentação</i>
<i>Manter as vias aéreas desobstruídas</i>
<i>Recurso a VMNI</i>

Quadro 4 – Apresentação de intervenções no cuidado a pessoas com ELA^[1, 3, 8, 19, 20]

Plano de Cuidados/Ensino

<i>Fazer o ensino sobre a doença</i>
<i>Esclarecer quanto à inevitabilidade da total dependência</i>
<i>Encaminhar o doente e família para grupos de apoio, locais ou regionais</i>
<i>Recorrer a serviços de retaguarda pode ser uma ajuda preciosa para o doente e sua família</i>
<i>Ensinar o doente a manter o maxilar comprimido, ao comer ou beber, para uma deglutição mais eficaz</i>
<i>Manter-se sempre em posição erecta às refeições</i>
<i>Deve ensinar-se o doente a fazer, ele próprio, a aspiração, se for possível</i>
<i>Ensino específico relativamente à protecção das vias aéreas</i>
<i>Ensino sobre a VMNI</i>

Quadro 5 – Apresentação de temas de ensino a pessoas com ELA^[1, 3, 8, 19, 20]

8 – Bibliografia

[1] ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. – Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem). Loures: Lusociência (5ª ed.), 2004, 750 p. ISBN 972-8383-74-6

[2] AOUN, S. et al. – Caregivers of People with Neurodegenerative Diseases: Profile and Unmet Needs from a Population-Based Survey in South Australia. **Journal of Palliative Medicine**. Vol. 13, nº 6 (2010), p. 653-661 DOI: 10.1089/jpm.2009.0318

[3] ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS – CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão Beta 2). Lisboa: APE, 2001, 228 p. ISBN: 9789729814952

[4] BACH, J. e GONÇALVES, M. – Resultados da ventilação não invasiva. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. Vol XII, nº3 (Maio/Junho 2006), p. 22-27

[5] BAILE , W. et al – SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**. 5 (2000), p 302-311

[6] BARBOSA, A. e NETO, I. G. – Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010 (2ª ed), 535 p. ISBN 978-972-9349-22-5

[7] BUCKMAN, R. – Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Psychosocial Oncology**. (Março/Abril 2005), p. 138-142

[8] DOYLE, D. et al – Oxford textbook of palliative medicine. EUA: Nova Iorque - Oxford University Press, 2005 (3ª ed), 1270 p. ISBN -0198510985

[9] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part I. **European Journal of Palliative Care**. N°16 (2009)

[10] EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE – White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part II. **European Journal of Palliative Care**. N° 17 (2010)

[11] FELGUEIRAS, J. et al – Ventilação Não Invasiva numa UCI. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Vol. 13, n°2 (Abril/Junho 2006), p. 73-78

[12] FUKUI, S., OGAWA, K. e FUKUI, N. – Communication Skills Training on How to Break Bad News for Japanese Nurses in Oncology: Effects of Training on Nurses' Confidence and Perceived Effectiveness. **Journal of Cancer Education**. 25 (2010), p.116–119, DOI 10.1007/s13187-009-0027-8

[13] HUNINK, M. et al – Decision making in Health and Medicine Integrating Evidence and values. Reino Unido: Cambridge University Press, 2003, 321 p. ISBN 0 521 77029 7

[14] INFARMED – Folheto Informativo: Riluzol APS 50 mg comprimidos revestidos por película. 2008 (Revisto), 4 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46078&tipo_d oc=fi

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[15] JACKSON, C. E. et al – Factors correlated with NPPV use in ALS. **Amyotrophic Lateral Sclerosis**. N°7 (2006), p. 80-85

[16] LANGER, A. L. – VNI nas doenças Neuromusculares. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Distrofia Muscular, (2006), 14 p. . [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

http://usuarios.uninet.com.br/~fmrio/Acadim/ANA_LUCIA_LANGER.pdf

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[17] LECHTZIN, N. et al. Early use of non-invasive ventilation prolongs survival in subjects with ALS. **Amyotrophic Lateral Sclerosis**. N°8 (2007), p. 185-188

[18] NATIONAL CONSENSUS PROJECT – Clinical practice guidelines for quality palliative care. EUA: Pittsburgh, 2009, 90 p. ISBN 978-1-934654-11-8

[19] ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados paliativos para uma morte digna (CIPE). 2010, 73 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[20] ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. 2009, 23 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[21] PIEPERS, S. et al. – Effect of non-invasive ventilation on survival, quality of life, respiratory function and cognition: A review of the literature. **Amyotrophic Lateral Sclerosis**. N°7 (2006), p. 195-200

[22] ROCHA, J. A. e MIRANDA, M. J. Disfunção ventilatória na doença do neurónio motor – Quando e como intervir. **Acta Médica Portuguesa**. N°20 (2007), p. 157-165

[23] SFAP (SOCIEDADE FRANCESA DE ACOMPANHAMENTO E DE CUIDADOS PALIATIVOS) – Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos – “Cuidar”: ética e práticas. Loures: Lusociência, 1999, 237 p. ISBN – 972-8383-17-7

[24] SOCIETE FRANÇAISE DE NEUROLOGIE. Care of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis. France: Nice, 2005, 16 p. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_409014/care-of-patients-with-amyotrophic-lateral-sclerosis-als-23-24-november-2004

[Acedido a 27 de Outubro de 2010]

[25] THELAN. A.; DAVIE, J.K. e URDEN, L.D. Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção. Loures: Lusodidacta, 2008 (5ª ed), 1024 p. ISBN 978-989-8075-08-6

[26] Figuras obtidas em acesso a internet através de pesquisa no motor de busca do Google. [Em linha]. [Consult. 2010-10-27]. Disponível em

www.google.pt

Anexos

Anexo I
Informação sobre o Riluzol (Rilutek®)^[14]

FOLHETO INFORMATIVO: INFORMAÇÃO PARA O UTILIZADOR.

Riluzol APS 50 mg comprimidos revestidos por película

Riluzol

Leia atentamente este folheto antes de tomar o medicamento

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o reler.
- Caso ainda tenha dúvida, fale com o seu médico ou farmacêutico.
- Este medicamento foi receitado para si. Não deve dá-lo a outros; o medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sintomas.
- Se algum dos efeitos secundários se agravar, ou se detectar quaisquer efeitos secundários não mencionados neste folheto, informe o seu médico ou farmacêutico.

Neste folheto:

1. O que é Riluzol APS e para que é utilizado
2. Antes de tomar Riluzol APS
3. Como tomar Riluzol APS
4. Efeitos secundários possíveis
5. Como conservar Riluzol APS
6. Outras informações

1. O QUE É RILUZOL APS E PARA QUE É UTILIZADO

O Riluzol APS é um medicamento do sistema nervoso.

O Riluzol APS foi receitado pelo seu médico para uma doença do sistema nervoso que afecta a sua força muscular chamada esclerose lateral amiotrófica. O seu médico pode dar-lhe informações adicionais sobre a razão porque este medicamento lhe foi receitado.

2. ANTES DE TOMAR RILUZOL APS

Não tome Riluzol APS

- Se for alérgico (hipersensível) ao riluzol ou a qualquer outro componente do Riluzol APS,
- Se tiver uma doença do fígado ou valores muito elevados de certas enzimas hepáticas (transaminases),
- Se estiver grávida ou a amamentar.

Tome especial cuidado com Riluzol APS

- Se observar aumento dos níveis no sangue de certas enzimas hepáticas (transaminases), o seu médico fará regularmente análises ao sangue para vigiar este facto durante o tratamento, e tomará as medidas adequadas, devido ao risco de hepatite.

APROVADO EM 24-10-2008 IN ² ARMED
--

- Se sentir febre (aumento de temperatura), deve contactar o seu médico imediatamente. Isto pode ser sinal de diminuição do número de glóbulos brancos que são importantes para combater as infeções
- Se tem alguma doença renal, deve comunicar ao seu médico.

Tomar Riluzol APS com outros medicamentos

Por favor comunique ao seu médico se está a tomar ou tomou recentemente outros medicamentos, incluindo medicamentos sem prescrição médica.

Gravidez e aleitamento

Se estiver grávida ou suspeitar de gravidez, **NÃO** pode tomar o Riluzol APS.

NÃO pode amamentar durante o tratamento com Riluzol APS.

Se pensa que está grávida ou pode vir a engravidar, informe o seu médico desse facto.

Discuta também com o seu médico a possibilidade de vir a amamentar.

Condução de veículos e utilização de máquinas:

Não deve conduzir veículos nem utilizar máquinas se tiver vertigens, ou sentir tonturas quando toma Riluzol APS.

3. COMO TOMAR RILUZOL APS

A posologia recomendada é de um comprimido duas vezes ao dia. Deve tomar este medicamento por via oral com regularidade, de 12 em 12 horas, e sempre à mesma hora do dia (p.ex. de manhã e à noite).

Não há qualquer benefício em aumentar a dose acima de 2 comprimidos por dia. No entanto, pode experimentar mais efeitos secundários.

Se tomar mais Riluzol APS do que devia

Se acidentalmente tomou muitos comprimidos, contacte o seu médico.

Caso se tenha esquecido de tomar Riluzol APS

Caso se tenha esquecido de tomar um comprimido, tome o seguinte como planeado inicialmente.

Não tome uma dose a dobrar para compensar o comprimido que se esqueceu de tomar.

Se tiver alguma questão sobre a toma deste medicamento, pergunte ao seu médico ou farmacêutico.

4. EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS

APPROVADO EM 24-10-2008 INFARMED
--

Como todos os medicamentos, Riluzol APS pode causar efeitos secundários, em algumas pessoas.

Os efeitos secundários mais frequentes do Riluzol APS (1 ou mais em cada 10 doentes) são cansaço, náuseas e aumento dos níveis sanguíneos de certos enzimas do fígado (transaminases). (ver ANTES DE TOMAR RILUZOL APS).

Os seguintes efeitos secundários são frequentes (entre 1 em cada 10 doentes e 1 em cada 100 doentes): tonturas, sonolência, dores de cabeça, formigameiro da cavidade oral, aumento do ritmo cardíaco, dor abdominal, vômitos, diarreia e dor.

Os efeitos secundários pouco frequentes (entre 1 em cada 100 doentes e 1 em cada 1000 doentes) de Riluzol APS são: anemia, reacções alérgicas e inflamação do pâncreas (pancreatite).

Pode ocorrer uma diminuição do número de glóbulos brancos (que são importantes para combater as infecções) e doenças do fígado (hepatite) (ver ANTES DE TOMAR RILUZOL APS).

Se algum dos efeitos secundários se agravar ou se detectar quaisquer efeitos secundários não mencionados neste folheto, informe o seu médico ou farmacêutico.

5. COMO CONSERVAR RILUZOL APS

Manter fora do alcance e da vista das crianças.

Não use o Riluzol APS após o prazo de validade impresso na embalagem e no blister.

6. OUTRAS INFORMAÇÕES

Qual a composição de Riluzol APS

- A substância activa é o riluzol. Cada comprimido contém 50 mg de riluzol.

- Outros componentes:

Núcleo:

silica coloidal anidra; croscarmelose sódica, amido de milho pré-gelatinizado; hidrogenofosfato de cálcio anidro; estearato de magnésio.

Revestimento:

Opadry AMB branco 03F20609 (hipromelose; macrogol; dióxido de titânio (E171)).

Qual o aspecto do Riluzol APS e o conteúdo da embalagem

Os comprimidos são acondicionados blisters de Alu/PVC ou ALu/Alu.

Cada embalagem contém 14, 28, 56 ou 60 comprimidos.

APROVADO EM 24-10-2008 INFARMED

É possível que não estejam comercializadas todas as apresentações.

Titular da Autorização de Introdução no Mercado:

Farma-APS, Produtos Farmacêuticos, S.A.
Rua João de Deus, 19 - Venda Nova
2700-487 Amadora
Portugal

Fabricante

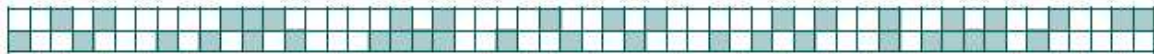
Farma-APS, Produtos Farmacêuticos, S.A.
Rua João de Deus, nº 19
2700-487 Amadora

On

Actavis hf
Keykjavíkurvegur/8
IS - 220 Hafnarfjörður
Islândia

Este folheto foi aprovado pela última vez em

Anexo II
Avaliação do Estado Geral de Pessoas Doentes com ELA
(Guia Americano)



Preparing for your doctor visit

The information you provide to your doctor is very important. It will help him or her get a better picture of how you are feeling. Use the guide below to help you. Print the guide, fill in your answers, and take it to your appointment.

It is often hard to remember everything a doctor says. You can take notes during the visit or, if possible, take a relative or friend along to help you.

SYMPTOMS (check all that apply)	HOW OFTEN?			SINCE WHEN?			ARE THE SYMPTOMS STAYING THE SAME?	
	Every few weeks	Every few days	Daily	In last year	3 months ago	Last month	YES	NO
Muscle twitching								
Face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscle cramps								
Face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weakness								
Face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiffness								
Face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slurred speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morning Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tripping or feeling clumsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (please describe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choking	<input type="checkbox"/> Liquids			<input type="checkbox"/> Pills			<input type="checkbox"/> Solids	
Daytime Fatigue	<input type="checkbox"/> Mild			<input type="checkbox"/> Moderate			<input type="checkbox"/> Severe	

Do you have any other medical conditions?

List the medicines you take

Write down all the medicines you take, both prescription and over the counter. Be sure to include vitamins and supplements.

Add other important points about your health here (eg, dates of recent illnesses, hospitalizations)

You can also think about the questions you want to ask the doctor, such as:

- Which tests will I need and why?
- When will I get my test results?

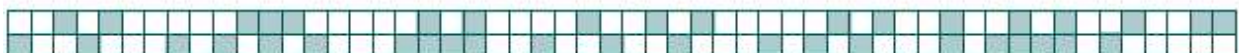
Write down other questions you would like to ask your doctor

For a follow-up visit:

If this is a follow-up visit with another doctor, you may want to call the office before your visit to make sure your test results have been sent ahead.

Be prepared:

Your doctor may need contact information for your other doctors. Make sure you have it with you, just in case.



Anexo IV
Focos e Intervenções de Enfermagem para pessoas com ELA^[3]

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem “A CIPE® é um sistema de linguagem unificada de enfermagem. É uma terminologia de composição para a prática de enfermagem que facilita o desenvolvimento, cruzamento e mapeamento entre os termos locais e terminologias existentes.”

Esta linguagem uniformizadora permite, através do seu sistema, aplicar um conjunto de terminologias para identificar fenómenos de enfermagem e intervenções para esses fenómenos. Cada fenómeno e intervenção é dividido em eixos que em conjunto descrevem o que se pretende para cada situação. Os fenómenos são descritos atendendo ao foco, julgamento, frequência, duração, topologia, localização anatómica, probabilidade, portador; enquanto que as intervenções necessitam do tipo de acção, alvo, recursos, tempo, topologia, localização, via e beneficiário

Para a elaboração deste anexo fez-se o levantamento de fenómenos para as situações específicas da ventilação, autocuidado, comunicação e conhecimento e as principais intervenções para cada um destes fenómenos. Em ambos os casos levantam-se de acordo com aspectos mais relevantes e com linguagem informal.

Não sendo exaustivo e sempre com a necessidade de adaptar cada fenómeno e intervenção à pessoa em questão, este levantamento é um agente promotor de incluir a CIPE em contextos de práticas de cuidados.

Foco – Respiração

É um tipo de Função com as seguintes características específicas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão.

Este foco é levantado a este nível pois engloba um conjunto de definições e acções que influenciam um plano de cuidados específico para uma pessoa com ELA. Essas definições e acções são:

- ✓ Ventilação
- ✓ Dispneia
- ✓ Trocas gasosas
- ✓ Limpeza das vias aéreas

<u>Previsão de Resultados a Obter</u>	<u>Sugestão de Intervenções a Realizar</u>
<ul style="list-style-type: none">☞ A pessoa doente conhece a necessidade de ter de ser submetida a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), e das hipóteses de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)☞ Promover padrão respiratório adequado ao processo de evolução da doença☞ Assegurar a não existência de sufocamento por insuficiência respiratória☞ Assegurar que as vias aéreas estão limpas e desimpedidas	<ul style="list-style-type: none">☞ Verificar a ventilação (eficaz/não eficaz)☞ Avaliar sinais de dificuldade respiratória (ritmo respiratório, cianose, saturações periféricas)☞ Vigiar presença de expectoração☞ Vigiar eficácia do processo de tosse☞ Proceder à limpeza das vias aéreas☞ Ensinar acerca da VMNI, VMI, e traqueostomia, com intuito de tomada de decisão (Ver Foco autoconhecimento)☞ [Interdependente] – Executar aplicação de BiPAP de acordo com a prescrição

Foco – Acção Relacionada com o próprio

É um tipo de Acção e com as seguintes características específicas: feito, acção ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executado pelo próprio, mas não necessariamente sozinho.

Este foco é levantado a este nível pois engloba um conjunto de autocuidados que influenciam um plano de cuidados específico para uma pessoa com ELA. Esses autocuidados são:

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| ✓ Higiene | ✓ Vestir-se e despir-se |
| ✓ Comer | ✓ Beber |
| ✓ Ir ao sanitário | ✓ Comportamento sono/repouso |
| ✓ Actividade recreativa | ✓ Actividade física |

Previsão de Resultados a Obter

- ☞ A pessoa doente reconhece a evolução da sua doença e adapta-se
- ☞ A pessoa doente permanece-se autónoma nos seus cuidados até necessitar de auxílio
- ☞ Prevenir riscos de aspiração de algo para a árvore brônquica

Sugestão de Intervenções a Realizar

- ☞ Executar cuidados de higiene e conforto, de acordo com as possibilidades da pessoa, no sentido de promover autonomia
- ☞ Promover participação na escolha da roupa e auxiliar, se for necessário, no processo de vestir e despir
- ☞ Vigiar reflexo de deglutição
- ☞ Promover alimentação de consistência adequada à deglutição da pessoa, preferindo a alimentação oral
- ☞ Auxiliar em levar a comida à boca apenas se for necessário
- ☞ Utilizar substancia de solidificação de líquidos para facilitar a deglutição
- ☞ Ensinar acerca da PEG, com intuito de tomada de decisão (Ver Foco autoconhecimento)
- ☞ Ocupar tempos de actividade atendendo aos gostos e possibilidades da pessoa doente
- ☞ Programar sessões de hidromassagem e passeios em maca sempre que possível

Foco – Comunicação

É um tipo de Interação com as seguintes características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.

Este foco é levantado a este nível pois engloba um conjunto de definições que influenciam um plano de cuidados específico para uma pessoa com ELA. Essas definições são:

- ✓ Comunicação expressiva
- ✓ Comunicação receptiva

<u>Previsão de Resultados a Obter</u>	<u>Sugestão de Intervenções a Realizar</u>
<ul style="list-style-type: none">☞ Atemporar a alteração no processo de fala☞ Estabelecer um padrão de comunicação com a pessoa doente	<ul style="list-style-type: none">☞ Promover uma comunicação eficaz com capacidade de se exprimir através de mensagens verbais e não verbais☞ Utilizar linguagem escrita, símbolos e sinais☞ Utilizar equipamento facilitador de comunicação (a adquirir)☞ Incentivar a pessoa doente a uma comunicação expressiva☞ Estabelecer relação com a família para comunicação (telefone, e-mails)

Foco – Autoconhecimento

É um tipo de Razão para a Acção com as seguintes características específicas: realização da disposição da pessoa para reter ou abandonar a acção, isto é, uma razão de primeira ordem para a acção.

Este foco é levantado a este nível pois engloba um conjunto de definições e acções que influenciam um plano de cuidados específico para uma pessoa com ELA. Essas definições e acções são:

- ✓ Bem-estar
- ✓ Cognição/conhecimento
- ✓ Emoção
- ✓ Tomada de decisão
- ✓ Adaptação

Previsão de Resultados a Obter

- ☞ A pessoa doente conhece o seu diagnóstico e prognóstico e transmite-o voluntariamente aos seus familiares
- ☞ A pessoa doente demonstra e exterioriza emoções sobre a sua situação de vida
- ☞ A pessoa doente adquire e demonstra conhecimentos sobre a evolução da sua situação de doença
- ☞ A pessoa doente estabelece decisões formais acerca de opções derivadas da sua doença
- ☞ A pessoa doente decide acerca da necessidade de um procurador no caso de impossibilidade de tomada de decisão

Sugestão de Intervenções a Realizar

- ☞ Avaliar nível de conhecimentos
- ☞ Auxiliar na identificação das necessidades com as quais se confronta perante a actual doença
- ☞ Observar e intervir nos sentimentos e medos
- ☞ Executar ensino dirigido sobre a patologia, processo de evolução da doença e tratamentos existentes para ultrapassar futuros problemas
- ☞ Apoiar a tomada de decisão
- ☞ Realizar conferências familiares
- ☞ Recorrer a instituições de apoio e partilha de experiências
- ☞ Optimizar crenças e valores
- ☞ Facilitar a comunicação expressiva de emoções [Ver foco Comunicação]
- ☞ Incentivar a presença e envolvimento da família
- ☞ Diminuir estado de ansiedade e medo

Apêndices
Já apresentados (Anexos XIX e XXII)

ANEXO XXIV
Folheto informativo para pessoas com ELA referentes a
VMNI



Figura de um aparelho para aspirar secreções



Figura de um Ventilador Invasivo

O que é uma traqueostomia? Necessitarei de uma?

Quando a fraqueza muscular é muito acentuada, a musculatura impede de respirar por si só, assim como de expelir secreções, pode ser necessária uma traqueostomia.

Traqueostomia é uma técnica cirúrgica que realiza um orifício na traqueia (pela garganta) e por onde se pode fornecer ar por um ventilador, assim como aspirar as secreções. E o acesso recomendado quando se opta por ventilação invasiva.

Que mais posso fazer para manter os meus pulmões saudáveis?

Para prevenir infecções todos devem ter bons cuidados de higiene em especial a lavagem das mãos (utilizando água e sabão e soluções de base alcoólica).

Decidir sobre a toma da vacina anual para a gripe.

Recorrer a ajuda de profissionais de saúde em caso de sintomas de febre, expectoração purulenta, desconforto no peito ao respirar e arrepios.

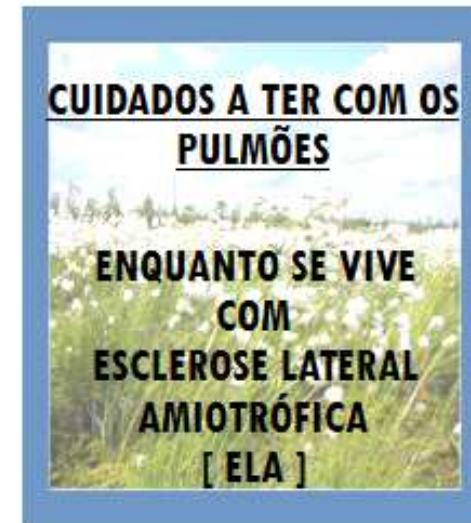
Se tiver dificuldade em tossir ou engasgamento frequente enquanto come ou bebe deve contactar profissionais de saúde. Pode-se recorrer a espessantes para ingestão dos líquidos prevenindo a aspiração para os pulmões.



SE TIVER ALGUMA DUVIDA
PERGUNTE A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE

Bibliografia

- ⇒ CLAYSON L. "Caring for your lungs while living with ALS". EUA: Maryland - Johns Hopkins University: ALS Clinic. [Em linha. Disponível em http://www.hopkinsmedicine.org/bin/wic/als_lung_brochure.pdf [Acedido a 11/11/2010]]
- ⇒ LECHTZIN N. et al. Early use of non-invasive ventilation prolongs survival in subjects with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*. N.º 1 (2007), p. 162-166
- ⇒ ROCHA J. A. e MIRANDA, M. J. Distúrbio ventilatório na doença do neurónio motor - Quando e como iniciar. *Acta Médica Portuguesa*. N.º 21 (2007), p. 157-165
- ⇒ Figuras obtidas em acesso a Internet através de pesquisa no motor de busca do Google. [Em linha]. [Consult. 2010-11-11]. Disponível em www.google.pt



IRMÃS HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porque é importante cuidar dos meus pulmões, por ter ELA?

Na ELA, as células nervosas motoras morrem e perde-se a capacidade de transmitir impulsos nervosos para os músculos, acabando por gerar uma fraqueza muscular.

O diafragma (músculo abaixo dos pulmões) e os músculos intercostais (músculos entre as costelas) ajudam-nos a respirar assistindo o movimento do ar para dentro e fora dos pulmões.

Respirar é uma função automática, mas quando os músculos falham necessitam de mais energia. Este mecanismo cria cansaço e torna-o mais susceptível a infecções respiratórias

Como sei que os meus pulmões necessitam de auxílio?

Existem testes de função pulmonar que determinam como se faz a entrada e saída de ar pelos pulmões, ou através de testes que permitem verificar a força com que se tosse.

Em qualquer dos casos a estes valores dependem da sua altura, idade, género e estágio da doença.

Outro indicador útil será a medição da oximetria periférica através de um aparelho que mede a quantidade de oxigénio no sangue. O valor considerado normal varia entre os 95 e 100%.



Figura de um aparelho que mede as oximetrias

Que acontece se os meus pulmões são fracos e preciso de ajuda para respirar?

Baseado nos resultados dos testes e como se sente, pode decidir em conjunto com apoio da sua família e profissionais de saúde o recurso a **Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)**.

Esta técnica permite auxiliar a entrada e saída de ar, reduzindo a quantidade de energia necessária para o fazer. Os aparelhos funcionam com pressões, existindo os BiPAP's que fornecem ar sob duas pressões: Inspiratória e expiratória.

A sua necessidade de utilizar BiPAP depende da extensão da sua fraqueza muscular.

Que tipo de máscara tenho de usar com os BiPAP's?

O ar é fornecido pelo BiPAP através de diversos tipos de máscara. As mais comuns são as máscaras nasais e faciais. Ambas são fixada na testa e nuca por um arnés.

As **máscaras nasais** introduzem o ar directamente pelo nariz. Tem a vantagem de serem pouco claustrofóbicas e deixar acesso aberto para a boca em caso de aflição. Exige que colabore no sentido de manter a boca fechada para evitar a perda de ar e de eficácia do BiPAP.

Existem uns **tubos nasais** que encaixam directamente nas narinas e empurram o ar, necessitando sempre que a boca fique fechada.

As **máscaras faciais** são mais eficientes, mas necessitam de um ajuste sem fugas. São mais claustrofóbicas e cobrem a boca, no entanto são as indicadas para situações de necessidade de BiPAP.

Pode-se optar por ter estes dois interfaces para trocar durante o dia para minimizar a irritação e maximizar o conforto.



Figura de máscaras faciais, tubos nasais e máscara nasal

Que outros auxiliares podem ajudar-me para respirar?

Para auxiliar no processo de respiração, pode-se utilizar:

Mecanismo de tosse assistida que serve para fazer insuflações positivas e negativas que auxiliam na simulação da tosse e libertação de secreções.

Aspiradores de secreções que serve para remover secreções que sejam mais difíceis de expelir através de um mecanismo de sucção por pressão negativa e de uma sonda que pode ser introduzida na cavidade oral.

Pode haver a decisão de recorrer a um **Ventilador Mecânico Invasivo (VMI)**, em caso de falência acentuada do padrão de respiração. Este tipo de tratamento será realizado em contexto domiciliário e sob apoio de profissionais de saúde.



Figura de um aparelho de Tosse Assistida

