



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

CONSTRUÍDO LAÇOS DE ESPERANÇA NUM CUIDAR ESPECIALIZADO AO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Por Sandra Madalena Correia Gaspar

LISBOA, fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CONSTRUÍNDO LAÇOS DE ESPERANÇA NUM CUIDAR ESPECIALIZADO AO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

Por Sandra Madalena Correia Gaspar
Sob orientação da Professora Pontífice de Sousa

LISBOA, fevereiro de 2013

*"Hope is the thing with feathers
That perches in the soul
And sings the tune - without the words,
And never stops at all,
And sweetest in the gale is heard;
And sore must be the storm
That could abash the little bird
That kept so many warm.
I've heard it in the chilliest land,
And on the strangest sea;
Yet, never in extremity,
it asked a crumb of me"*

Emily Dickinson

AGRADECIMENTOS

À *Sra. Professora Pontífice de Sousa*, pela sempre atenciosa orientação pedagógica, pelos momentos partilhados em esperança, pela referência e inspiração que inculuiu na orientação de todas as etapas do percurso percorrido.

À *Sra. Professora Marques da Gama*, pela orientação, construção e amparo durante o estágio de Enfermagem em Cuidados Paliativos.

Às *Enfermeiras Orientadoras*, Enfermeira Joana Bragança e Enfermeira Suzana José, pelo apoio, incentivo e disponibilidade permanentes, fundamentais no decurso dos estágios.

Ao *Ruben Cardoso*, pela pertinência das suas observações e por ser uma inesgotável fonte de inspiração que sustenta uma partilha em confiança num trajeto comum.

À *Vera*, pela amizade e por permanecer comigo neste caminho, partilhado em esperança, e que permitiu a motivação permanente na sua continuidade, sobretudo nos momentos de desânimo.

Aos *meus amigos e aos colegas do Serviço de Medicina 3A*, pela disponibilidade incondicional, em prol da prossecução do trabalho desenvolvido e pelo incentivo permanente à continuidade.

A todos os colegas que, de alguma forma, se cruzaram comigo neste percurso, à *Filipa*, à *Luísa*, à *Sónia*, à *Joana*, à *Ana*, pelos vínculos de amizade que emergiram no percurso desta caminhada.

Ao *Pedro*, pela amizade, pela resiliência, por me acompanhar em esperança, por todas as palavras de orientação, transmitindo a sua força nos momentos de fraqueza. Foi peça basilar na construção deste caminho.

Aos *meus pais* pela ajuda, sustentada pelos gestos de carinho e motivação sempre presentes, sem eles não teria sido possível.

Ao *Bernardo*, um sentido pedido de desculpa pelas longas horas de ausência e um obrigada muito especial pelo amor incondicional explanado sempre no seu sorriso.

A todos os *doentes*, cuja fragilidade circunstancial atçou em mim o desejo de estudar...para melhor poder cuidar, em esperança...

Obrigada!

RESUMO

O presente relatório surge no enquadramento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde (UCP/ICS) e vem refletir o culminar dos estágios.

No sentido de concretizar a análise crítica e reflexiva da prática, ao longo do percurso de formação, surge a Unidade Curricular de Relatório que visa explicar a descrição das aprendizagens sendo, de acordo com o plano de estudos, apoiada nos três módulos: Modulo I – Serviço de Urgência; Modulo II - Cuidados Intensivos/Intermédios; Modulo III – Opcional. É através dele que descrevo, analiso e reflito a trajetória percorrida no desenvolvimento de competências diferenciadas, fulcrais ao perfil do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Os estágios foram realizados em duas realidades distintas: Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz e Serviço de Urgência do Hospital de Sta. Maria, tendo sido a temática que elegi como foco transversal a desenvolver neste percurso, a promoção da esperança, norteadas pelo impacto que esta representa na vida do doente/família, no restabelecimento da situação de saúde mas, particularmente na situação de fim de vida. Em situações de crise, a pessoa tem necessidade de alcançar um significado para o acontecimento, para a sua vida, sendo a multidimensionalidade da esperança crucial para influenciar e capacitar o doente no enfrentamento da doença e/ou na preparação para a morte. No reconhecimento do papel dos enfermeiros venho demonstrar a importância da sua influência na reabilitação dos recursos internos e externos dos doentes, nas suas esperanças, através da implementação de intervenções diferenciadas que promovem a esperança e diminuem o sofrimento.

Este documento encontra-se estruturado por capítulos, no sentido de permitir que o leitor viaje pelas experiências vivenciadas em cada estágio, observando, como espectador, as atividades orientadas e definidas pelo meu projeto individual. Na introdução venho aludir aos conceitos centrais, objetivos, bem como ao referencial teórico utilizado neste caminho. No primeiro capítulo irei apresentar uma Revisão Sistemática da Literatura acerca do Papel da Promoção da Esperança no Alívio do Sofrimento do Doente em Fim de Vida. Na descrição crítica e reflexiva do percurso desenvolvido irei caracterizar o local onde realizei o estágio em cada módulo, referir os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas, assim como as competências adquiridas. Explano a análise crítica dos aspetos mais relevantes para o meu processo de aprendizagem e finalizarei com a conclusão onde faço o balanço do estágio no desenvolvimento de competências.

Construir este relatório foi um desafio, uma etapa, um crescimento. As pequenas e grandes conquistas a nível académico e pessoal tornam possível um olhar singular sobre a enfermagem, espelhando em mim o enquadramento na enfermagem médico-cirúrgica. Cabe-me o compromisso de levar um olhar e uma prática mais ricos, que apontem para uma enfermagem diferenciada, especializada e simultaneamente mais consciente e humanizada.

ABSTRACT

This report appears in the framework of the Professional Nursing Masters Degree, in the Specialization Area of Medical-Surgical Nursing, of the Catholic University of Portugal / Institute of Health Sciences (CUP / ICS) and reflects on the culmination of the degree's internship.

With the goal of realizing a critical and reflective analysis of the practice, along the graduation trail, appears the Report Curricular Unit, aiming at describing and explaining the learnings, being, according to the study plan, based on three modules: Module I – Emergency Room (ER); Module II – Intensive/Intermediate Care Unit, Module III - Optional. It is through the report that I describe, analyse and reflect my trajectory in the development of differentiated competencies, core to the profile of the nurse specialist in medical-surgical nursing.

The several independent stages of the intership were carried out in two distinct realities: Palliative and Continuing Care Unit of Luz Hospital, and ER of Santa Maria Hospital, being the promotion of hope the theme I elected as transversal focus to develop in this journey, guided by the impact that this represents in the life of the patient / family, in the restoring of health, but, particularly, at end-of-life. In situations of crisis, the person has the need to attach a meaning to an event, to her life, being the multidimensionality of hope crucial in influencing and enabling the person to cope with disease and / or prepare for death. In recognition of the role of nurses, I come to demonstrate the importance of their influence in the rehabilitation of the person's internal and external resources, in her hopes, through the implementation of differentiated interventions that promote hope and diminish suffering.

This document is organized in chapters, in order to allow the reader to travel through the experiences at each different stage of the intership, watching, as a spectator, the activities oriented and defined by my individual project. In the introduction I will allude to the central concepts and goals, as well as the theoretical references used throughout this journey. The first chapter will present a Systematic Literature Review on the Role of Promoting Hope in the Relief of Suffering in the Person at End of Life. In the critical and reflective description of the developed path I will characterize the place where each module's intership stage took place, refer to the outlined objectives, the developed activities, as well as the competencies acquired. I will lay out a critical analysis of the most relevant aspects of my learning process and finalize with the conclusion, where I make the balance of competencies developed over the whole intership.

Building this report was a challenge, a stage, growth. The smaller and greater achievements at academic and personal levels made possible a unique look over nursing, mirroring in me the fitting within medical-surgical nursing. It's in me the commitment of taking a richer perspective and practice that point towards differentiated nursing, specialized and simultaneously more conscient and humane.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AP – Antecedentes Pessoais

AVB – Artéria Vertebro-basilar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

EAD – Exames Auxiliares de Diagnóstico

HHI – Hope Herth Index

HL - Hospital da Luz

HPV – Hospital Pulido Valente

HSJ – Hospital de S. José

HSM – Hospital de Santa Maria

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SC – Subcutânea

SIR – Serviço de Insuficiência Respiratória

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crâneo-encefálico

UC – Unidade Curricular

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

UCI – Unidade de Cuidados Intermédios

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO	37
2.1. MÓDULO III – OPCIONAL- UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DA LUZ	40
2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	55
3. CONCLUSÃO	71
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ANEXOS

ANEXO I – Participação no Workshop “ <i>Psicoterapia centrada no Sentido da Vida</i> ”	89
ANEXO II - Escala de Esperança de Herth (HHI)	95
ANEXO III – Comprovativo da participação com uma Comunicação Oral, inserida na mesa “ <i>Fim de Vida</i> ”, no Congresso Luso Brasileiro de Enfermagem e Bioética	99
ANEXO IV – Autorização para realização do estudo de caso	103

APÊNDICES

APÊNDICE I - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem CIPE adaptadas à UCPHL... ..	113
APÊNDICE II – Estudos de Caso desenvolvidos relativamente à Implementação Prática da Promoção da Esperança no Doente em Fim de Vida	167
APÊNDICE III – Poster: Aplicação Prática das Estratégias Promotoras de Esperança no Cuidar em Fim de Vida	193
APÊNDICE IV – Resumo do Artigo submetido à Revista Nursing Portuguesa com o tema: Estratégias de Promoção da Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida	197
APÊNDICE V – Slides da Apresentação “ <i>Estratégias De Promoção de Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida</i> ”	201
APÊNDICE VI – Manual de Conceitos relacionados com a VMI em Emergência	207

APÊNDICE VII – Plano da Sessão Formativa: VMI em Emergência no SU	223
APÊNDICE VIII – Cartaz com a Divulgação da Ação de Formação: VMI em Emergência no SU	227
APÊNDICE IX – Ação de Formação realizada do SU: a VMI em Emergência no SU	231
APÊNDICE X – Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa	241
APÊNDICE XI - Candidatura de apresentação de Comunicação sob a forma de Póster, com o tema “Enfermeiros na Promoção da Esperança no Serviço de Urgência”, apresentada à Comissão Científica do Congresso Internacional Desafios em Enfermagem	245
APÊNDICE XII – Comunicação sob a forma de Póster, “Enfermeiros na Promoção da Esperança no Serviço de Urgência”, apresentado no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem	249

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – <i>Definição das palavras-chave</i>	27
Quadro 2 – <i>Critérios de inclusão e exclusão dos artigos de investigação</i>	28
Quadro 3 – <i>Descritores utilizados na questão PI(C)O</i>	28
Quadro 4 – <i>Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica</i>	29
Quadro 5 – <i>Achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica</i>	30

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência, ao doente adulto idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico/falência multiorgânica. No sentido de concretizar a análise crítica e reflexiva da prática, ao longo do percurso do estágio, surge no enquadramento do Curso a Unidade Curricular (UC) de Relatório. Esta UC é integrada na UC de Estágio, visa explicar a descrição das aprendizagens e, de acordo com o plano de estudos, é apoiada nos três módulos de estágio: Modulo I – Serviço de Urgência; Modulo II - Cuidados Intensivos/Intermédios; Modulo III – Opcional.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença, o enfermeiro desempenha um papel fulcral na identificação de situações de risco, bem como na análise e resolução dos problemas encontrados, agindo de acordo com padrões de boas práticas e com fundamentação científica. Estando cada vez mais empenhados em prestar cuidados de alta qualidade, que respondam às necessidades das pessoas, é no identificar, reconhecer e concretizar o que constitui alta qualidade que se encontra o desafio (CRAIG e SMYTY, 2004). Ergue-se assim na enfermagem a necessidade de especialização para desenvolver, cada vez mais, uma prestação de cuidados de excelência. O saber especializado em enfermagem implica, antes de mais, um conhecimento aprofundado sobre a pessoa, pois a Pessoa *“é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num Ser único”* (OE, 2001, p.6), por definição da OE (2001) *“...os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*. Assim, a especialização adquire uma importância significativa na garantia da prestação de cuidados de qualidade, pois é nos momentos de ausência de saúde que a pessoa/família vivem momentos de grande vulnerabilidade, em que as experiências e as certezas da vida se desmoronam, o que tem implicações profundas nas suas respostas humanas adaptativas.

A OE define o Enfermeiro Especialista como sendo: *“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”* (OE, 2009, p.10). Estas competências deverão permitir ao enfermeiro uma intervenção diferenciada, que lhe permitirá ter uma compreensão e intervenção mais abrangente perante a pessoa de quem cuida, tendo

em conta uma área específica. Emerge assim a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, *“dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”* (OE, 2007), sendo a pessoa em situação crítica aquela *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2010). Enquanto enfermeira de cuidados gerais tenho desenvolvido a minha prática profissional na assistência ao doente adulto/idoso em situação crítica, mas por outro lado tenho-me dedicado a uma crescente valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente curativa, dada a complexidade das situações de saúde/doença das pessoas, o aumento da longevidade da população e o conseqüente incremento das doenças incuráveis, progressivas e de carácter avançado.

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista *“possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos da vida das pessoas.”* (Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - OE, 2010, p.2), sendo o foco de intervenção dos enfermeiros especialistas dirigido, *“às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde”* (OE, 2009). Neste contexto, a opção pela área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve-se ao facto de procurar o aprofundamento das competências técnicas e científicas, a maturidade na tomada de decisão, intervir de forma competente e em conformidade na manutenção da vida e no restabelecimento da situação de saúde mas também no acompanhamento do doente/família em fim de vida, caminhando sempre no encontro da excelência dos cuidados de enfermagem. Cuidar de alguém, aparece-me assim como *“a expressão da minha humanidade, dentro da própria humanidade, quer dizer, o cuidado da minha presença no mundo, tendo em vista contribuir, modestamente, do lugar que ocupo, para um universo mais cuidador, para uma atmosfera humana mais rica e mais extensa”*, (HESBEEN, 2004, p. 25). Chegou agora o momento de amadurecer os saberes adquiridos ao longo deste percurso de formação, e assim, fortalecer as competências que me permitam prestar cuidados diferenciados e complexos ao doente e família, nos diferentes contextos da prática.

Atribuo especial relevância ao contexto do doente/família em fim de vida, sendo este um fenómeno complexo que acarreta ao doente e família determinado tipo de sofrimento e que vem exigindo, cada vez mais, competências diferenciados em enfermagem. É exemplo disto mesmo a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, que tem como objetivo geral a prestação de cuidados

integrados, incluindo a prestação de cuidados paliativos. Esta constitui uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente pessoas a vivenciar processos complexos de doença, espelhando um imperativo ético que promove os direitos fundamentais dos doentes, nomeadamente em fim de vida e que, tem como sustentáculo a excelência da prática especializada de enfermagem na equipa de saúde.

Aceitando a vulnerabilidade da pessoa humana, a doença revela-se como um período de fragilidade circunstancial às condições decorrentes da sua existência. O doente/família deparam-se com a desmoralização, a ameaça, o desamparo e a perda de sentido, levando-o a atingir a tristeza profunda, o desespero e o sofrimento (CLARKE, 2007). A temática que elegi como foco transversal a desenvolver nos meus estágios foi a promoção da esperança e prendeu-se com o impacto que esta representa na vida do doente/família, no restabelecimento da situação de saúde mas, particularmente na situação de fim de vida. Um bom nível de esperança apoia consideravelmente o processo de adaptação à doença bem como o crescimento espiritual elementar em fim de vida, sendo a esperança um instrumento fulcral no agir dos enfermeiros, que vem sustentar uma forma de aliviar ou superar o sofrimento (QUERIDO, 2010; HERTH, 2002).

Relativamente à seleção dos locais de estágio procurei unidades de saúde que desenvolvessem um trabalho notório no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica e que me permitissem vivenciar uma panóplia de experiências no sentido de desenvolver conhecimentos e competências específicas. O estágio em Cuidados Intensivos/Intermédios (Módulo II) foi-me creditado devido à minha experiência profissional no Serviço de Insuficiência Respiratória – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Polo Hospital Pulido Valente, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intermédios, que integra o referido serviço. Sendo uma Unidade de âmbito Médico-Cirúrgico exige meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica bem como, conhecimento e habilidades diferenciadas por parte do enfermeiro. Estive envolvida em vários projetos que dão visibilidade à profissão de enfermagem, tendo sido um elemento ativo na promoção da melhoria da qualidade de cuidados ao doente e família, nomeadamente ao doente de médio/alto risco.

O primeiro Estágio, Estágio de Opção – Modulo III, foi realizado na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz e decorreu no período de 23 de maio a 23 de junho. Trata-se de uma instituição de saúde altamente diferenciada, sendo considerada uma unidade de referência na política de boas práticas, nomeadamente nos cuidados ao doente/família em fim de vida. Sempre me senti grandemente atraída pela prestação de cuidados ao doente em fase final de vida e reconheço-me enquanto enfermeira que assume que no cuidar do Outro existe um percurso em que já não se procura a cura. Os cuidados paliativos são uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem têm um papel fulcral, sendo esperado que os enfermeiros apresentem respostas consistentes ao longo do percurso, mais

ou menos longo, do sofrimento do doente/família. A promoção da esperança, o conforto, a melhoria da qualidade de vida e a defesa da dignidade, foram os alicerces que sustentaram o meu caminho no estágio de enfermagem em cuidados paliativos.

O segundo estágio, estágio em Serviço de Urgência - Módulo I, foi realizado no Serviço de Urgência Central do Hospital de Sta. Maria e decorreu no período de 20 de setembro até 10 de novembro de 2012. A escolha deste serviço prendeu-se com o facto de ser um serviço de referência, dotado de meios físicos e humanos que dão resposta a doentes em situação crítica variada. O serviço de urgência é um espaço privilegiado na abordagem ao doente em situação crítica, são exigidos procedimentos perfeitos, domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, grande capacidade para lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise de situações e rapidez na ação, autocontrole emocional para fazer face a situações de grande tensão e grande facilidade de comunicação. Paralelamente, verifiquei que as pessoas com doenças incuráveis, de evolução prolongada e muitas vezes terminal, são uma realidade, cada vez mais presente nos serviços de urgência. À medida que a doença evolui, as admissões ao serviço de urgência replicam-se, o impacto negativo da doença é maior e o confronto com a mortalidade tem repercussões importantes nas perceções de esperança e sofrimento das pessoas.

Dando importância a estas questões, ao descrever, analisar e refletir na minha conduta, pretendo espelhar uma prática de cuidados contextualizada e fundamentada na Escola do Cuidar, de Jean Watson com o contributo do Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa de Joice Travelbee, por sua vez, enquadrado na Escola da Interação. TRAVELBEE considera que o propósito da enfermagem é atingido através do estabelecimento de uma relação pessoa-pessoa em que o papel do enfermeiro é assistir o indivíduo, família ou comunidade a lidar com a experiência de doença e de sofrimento, e se necessário a encontrar sentido para essas mesmas experiências (GAMEIRO, 2004). Cuidar da Pessoa em fim de vida requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do enfermeiro, (WATSON, 2002). O papel da enfermagem passa, na perspectiva de WATSON, pelo seu compromisso ético em preservar o Cuidado Humano, em dar a respetiva relevância às vivências pessoais do Outro, em ter em conta a Dignidade Humana (WATSON, 2002). Desse modo a enfermagem, a Ciência do Cuidar, está muito próxima dos valores, das emoções e vivências humanas, como a dor, o medo, a esperança e o sofrimento, e creio ser este o desafio que a enfermagem tem de abraçar na atualidade.

De referir que, ao longo deste trabalho é utilizada a designação “doente” como forma de abordar a pessoa alvo dos cuidados, adotando como referencial o Plano de Estudos da UC de Estágio. Este termo trata-se apenas de um estereótipo útil à comunicação com o leitor, não colidindo com o termo “pessoa” empregue inevitavelmente no conteúdo deste relatório, dado o “forro” teórico que vem servindo de referencial a este percurso.

Para cada módulo de estágio elaborei um projeto que serviu de guia orientador para o desenvolvimento do respetivo estágio. Os objetivos delineados foram ao encontro de pontos de interesse, necessidades de investigação e aprofundamento bem como ao desenvolvimento do processo reflexivo, tendo como sustentáculo as competências do enfermeiro especialista. Por ser um processo aberto permitiu refletir sobre os temas em estudo, relacionando a teoria com a prática, reformulando e adaptando-os às situações, aos problemas identificados e aos recursos disponíveis de forma a desenvolver competências, sendo estes apresentados nos próximos capítulos do relatório.

Na elaboração deste documento foi utilizada uma metodologia descritiva, recorrendo à reflexão e análise crítica do portefólio desenvolvido. Este serviu de ferramenta pedagógica durante o percurso de estágio, edificando-se como um alicerce para a construção deste relatório, sendo composto pelo projeto, pela pesquisa bibliográfica que permitiu fundamentar as atividades, pelas reflexões críticas efetuadas ao longo do estágio, bem como os trabalhos desenvolvidos. Pretende-se evidenciar a evolução, fomentada pelos estágios no exercício profissional, clarificando quais os pontos-chave dessa evolução e de que forma a mesma se transformou em ganhos de saúde para o doente/família.

Este relatório tem então como objetivos: dar a conhecer o percurso efetuado, as expectativas, os objetivos traçados e as atividades desenvolvidas para a concretização destes mesmos objetivos; desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica nas experiências de aprendizagem, e finalmente analisar o contributo dos ensinamentos clínicos para a aquisição e o desenvolvimento de competências na área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

No sentido de conduzir o leitor, este documento encontra-se estruturado por pontos, da seguinte forma: revisão sistemática da literatura, descrição crítica e reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos estágios, conclusão e referências bibliográficas. Na introdução refiro o enquadramento do curso e correspondente estágio, os módulos realizados e respetiva justificação pela sua escolha, os objetivos do relatório e a estrutura selecionada para o documento, bem como os conceitos centrais e o referencial teórico. No primeiro ponto irei apresentar uma revisão sistemática da literatura acerca da temática que desenvolvi de forma transversal nos meus estágios. Na descrição crítica e reflexiva do percurso desenvolvido irei caracterizar o local onde realizei o estágio em cada módulo, sendo apresentados por ordem cronológica de realização, referir os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas, identificar as situações/problemas e as estratégias implementadas em cada um desses serviços, assim como as competências adquiridas. Explano a análise crítica dos aspetos mais relevantes para o meu processo de aprendizagem e as mudanças produzidas ao longo deste percurso e finalizarei com a conclusão onde faço o balanço do estágio no desenvolvimento de competências e dos contributos da minha intervenção nos serviços. Como suporte, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para a concretização deste relatório e em apêndice são apresentados alguns documentos que sustentam as atividades desenvolvidas.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

As Revisões Sistemáticas De Literatura representam o modelo de pesquisa fundamental utilizado pela Prática Baseada na Evidência, incluem uma estratégia de pesquisa global, uma apreciação e síntese da evidência pela investigação e constituem métodos rigorosos de conceder resumos fiáveis de evidência relevante para a investigação, (CRAIG e SMYTH, 2004). Esta RSL é apoiada na minha necessidade de crescimento, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em fim de vida. No sentido de assegurar que foi conduzida por padrões rigorosos, encontra-se estruturada da seguinte forma: enquadramento do problema, questão de investigação, questões metodológicas, estratégia de pesquisa, processo de constituição da amostra, análise, síntese e transformação dos achados, apresentação análise e discussão dos dados e considerações finais.

ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

As pessoas com doenças incuráveis e de evolução prolongada são cada vez mais uma realidade nos serviços de internamento dos nossos hospitais, sendo uma constante onde está grandemente impregnada a desesperança, a perda de bem-estar e o sofrimento. Para além da experiência de dor e outros sintomas, condicionados por fenómenos de causa orgânica, a doença traz consigo aspetos que acarretam ao doente e família um determinado tipo de sofrimento. Este não se reduz a um sofrimento físico mas ultrapassa-o nos seus domínios afetivos, cognitivos e espirituais. À medida que a doença evolui o seu impacto negativo é maior e tem repercussões importantes nas expectativas dos doentes e famílias (QUERIDO, 2005). Muitas vezes levam-nas ao questionamento existencial e a procurar sentido na vida, ampliando o sofrimento e pondo em causa a sua conceção de esperança.

A relevância e o reconhecimento do conceito de esperança tem vindo a crescer de forma galopante na enfermagem. Este emergiu no âmbito da disciplina, a partir de 1985, com autores como Dufault e Martocchio, Herth, Miller, Cutcliffe, Post-White, e Clarke, e tem vindo a ter um impacto fulcral na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida sendo entendido não apenas como um sentimento individualizado e subjetivo, mas como uma experiência de sentido e propósito para a vida, (CUTCLIFFE e HERTH, 2002), que representa um componente essencial da prática de cuidados.

Sendo vivida de forma única e pessoal, a esperança apresenta na vida do doente um papel fundamental. De acordo com BARBOSA (2010), a esperança integra uma fonte de energia física e psicossocial de busca de sentido, edificada como uma força, força essa que sustenta os obstáculos e desafios e faz com que o doente tenha motivos *por que*, e *para que* viver. Mesmo em situações de crise, o doente tem necessidade de alcançar um significado para a

sua vida, sendo esta uma dimensão importante para enfrentar a doença e a preparação para a morte, (MILLER, 2007). HERTH (2002) considera a esperança como uma força restauradora em processos de doença avançada e progressiva, essencial ao bem-estar da pessoa e família. Esta permite a sustentação psicológica em tempos difíceis, (KUBLER-ROSS, 2002). A esperança é reconhecida como uma força interior, promotora de vida que segundo MOORE (2005) pode ser a “faísca” que move o Homem no sentido de procurar ajuda, sendo algo que não pode ser tocado ou visto, mas que tem o poder de nos suportar nas ocasiões mais difíceis da vida. Surge assim, como uma estratégia de adaptação importante, que influencia a forma como o doente se capacita, aceita e resiste à situação de crise que vivencia, sendo um contributo precioso para a melhoria do conforto e para o alívio do sofrimento, (CAVACO et al, 2010).

A esperança é considerada como um conceito multidimensional e dinâmico caracterizado por uma expectativa confiante, mas incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo, sendo este realisticamente possível para a pessoa (DUFAULT e MARTOCCHIO, 1985). As autoras conceptualizam a esperança em duas esferas compostas por 6 dimensões. As duas esferas são: a esperança generalizada, que diz respeito a um sentido de algum benefício no futuro, cujo desenvolvimento é indeterminado, é ampla no seu alcance, e não se encontra ligada a nenhum objeto de esperança, concreto ou abstrato, e por outro lado, a esperança particularizada, que está relacionada com um objeto de esperança, este pode ser um objetivo particularmente importante, um bem ou um “estado de alma”. As autoras postulam também seis dimensões de esperança: a dimensão afetiva, que abrange uma série de emoções e sentimentos, por vezes opostos, entre os quais uma atração para o objetivo a atingir mas também inclui a incerteza e o sofrimento; a dimensão cognitiva, relacionada com o processo pelo qual a pessoa deseja, imagina, interpreta e julga em relação à esperança, tem a percepção do desejo realista do futuro; a dimensão comportamental, que é orientada em direção a um objetivo relacionado com a esperança, em quaisquer domínios: físico, psicológico, social e espiritual; a dimensão afiliativa, que inclui componentes de interação social, reciprocidade e interdependência, vinculação e intimidade e é demonstrada quando as pessoas expressam a esperança de atingir metas realistas, que incluem a relação e cuidado com os outros; a dimensão temporal, focalizada na experiência pessoal do tempo presente, passado e futuro, em que a esperança é dirigida para o futuro, embora influenciada pelo passado e pelo presente; e a dimensão contextual que se refere às situações de vida que rodeiam, influenciam e constituem parte da esperança da pessoa.

A promoção da esperança é uma tarefa desafiante e da máxima importância no cuidar em fim de vida harmonizando no doente um sentido de bem-estar profundo, estando os enfermeiros numa posição privilegiada para influenciar os sentimentos de esperança de quem cuidam, (HERTH, 2002). Em situações tão delicadas como estas, cabe-nos a nós, enfermeiros, estar despertos e preparados para reconhecer as dimensões de cuidar o Outro, assumindo assim um papel fulcral no alívio do sofrimento do doente, (HERTH e CUTCLIFFE, 2002). No

reconhecimento do papel dos enfermeiros HERTH (1995), demonstra a importância da sua influência na reabilitação dos recursos internos e externos dos doentes, e nas suas esperanças, através da seleção de intervenções individualizadas que promovem a esperança e diminuem o sofrimento.

A prevenção e o alívio do sofrimento nas suas múltiplas dimensões (física, psicológica, relacional e espiritual) representam uma componente essencial da prática de cuidados ao doente em fim de vida, encontrando-se inclusivamente contemplados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos emanado pela DGS através da Circular Normativa de Nº.14 de 13/07/04. Torna-se fulcral neste contexto aludir à importância da dor experienciada frequentemente pelo doente/família em fim de vida. O impacto causado por essa mesma dor é pessoal e único para cada pessoa e é apoiado nos seus valores, nas suas crenças e na sua experiência de vida. Esta traduz-se inevitavelmente em sofrimento.

Partindo dos contributos de Cassell, Chapman e Kleinnam, BARBOSA (2010, p. 569) define sofrimento como *“um estado complexo (corporal, afetivo, cognitivo e espiritual) negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação experimentada pela pessoa (como um todo) de se sentir ameaçada/destruída na integridade e/ou continuidade da sua existência, pelo sentimento de impotência para fazer frente a essa ameaça e pelo esgotamento dos recursos pessoais e psicossociais que lhe permitiram enfrentá-la”*. O mesmo autor considera que o sofrimento encontra aspetos fundamentais quando o doente se confronta com uma ameaça percebida: ameaça a um sentimento de continuidade existencial, a um sentimento de integridade como pessoa que vê várias dimensões da sua vida lesadas, e por outro lado, um sentimento de incapacidade de fazer frente à situação, sobretudo quando se esgotam todos os recursos e se instala a desesperança. Neste sentido torna-se fulcral ao enfermeiro estar desperto e auscultar o significado que o doente atribui a estas mesmas ameaças, às atribuições de significado e aos esforços adaptativos que abraça para se adaptar ao ritmo da sua vida inevitavelmente reconstruída e modificada, (BARBOSA, 2010).

Embora o sofrimento e a perda de bem-estar sejam fenómenos únicos e subjetivos, o doente em sofrimento necessita da atenção de outras pessoas. Através de uma linguagem que lhe é própria, o doente procura no Outro algo que o ajude a suportar ou a dar sentido ao seu sofrimento. Agir em prol do alívio do sofrimento do doente em fim de vida implica ao enfermeiro determinados princípios, atitudes e capacidades que revelam respeito, empatia, congruência, preocupação, disponibilidade, bem como um agir profissional responsável no sentido do conforto do doente e família, (OLIVEIRA, 2008). Reconhecido como muito além da dor e do desconforto físico, KOLCABA (2003), inclui a tranquilidade (calma ou satisfação) e transcendência (no qual o doente sente que tem potencial para superar os seus problemas ou o seu sofrimento) enquanto experiências holísticas de conforto. A mesma autora valoriza o contexto em que o doente está inserido, nomeadamente o contexto psicoespiritual, sendo este sustentado na consciência que o doente tem de si próprio, incluindo a autoestima e o

significado da vida, aspetos fulcrais na situação de fim de vida e nas quais um enfermeiro com competências diferenciadas pode ter um papel norteador.

Travelbee considera que o propósito da enfermagem é atingido através do estabelecimento de uma relação pessoa-pessoa, em que o papel do enfermeiro é assistir o doente em sofrimento, e se necessário, ajudá-lo a encontrar sentido para essa mesma experiência (TOMY, 2004). GAMEIRO (2004), citando Travelbee, postula que a partir de um encontro inicial enfermeiro/doente, a interação vai-se aprofundando através da empatia até ser possível um estado de conexão, caracterizado pela troca de experiências, pensamentos, emoções, sentimentos, atitudes, que comunicados reciprocamente possibilitam a afinidade entre dois seres humanos, aliviando o sofrimento do doente. Um outro elemento que Travelbee realça é a necessidade de manter a esperança, definida por si como um estado mental de expectativa positiva em relação ao futuro e expressa no desejo de atingir determinadas metas ou objetivos que pelo seu valor incutam confiança e perseverança para continuar, (GAMEIRO, 2004). Travelbee relaciona a mesma esperança com a escolha, o desejo, a confiança, a perseverança e a coragem orientada para o futuro, (TOMEY 2004).

Cuidar do doente em fim de vida requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do enfermeiro, significa ajudar a pessoa a Ser, ou seja reconhecer e utilizar o seu potencial humano, que lhe permite lidar com os problemas da vida no contexto que lhe é presente, (WATSON, 2002). O comprometimento para com o próprio e para com o Outro é na enfermagem um ideal moral, (WATSON, 2002) e surge no contexto de fim de vida como compromisso de preservar a dignidade do doente. Neste sentido, KUBER-ROSS (2002) destaca a importância de uma comunicação implícita na transmissão da verdade, em detrimento das falsas esperanças. Na mesma perspetiva, Watson refere que o objetivo da Enfermagem é atingido quando o enfermeiro ajuda o doente a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença, (WATSON, 2002). O reconhecimento da integração da esperança no processo de cuidar foi descrito por Watson que considera que o cuidar requer *“uma intenção, uma vontade, uma relação, e ações”*, pronunciando as intervenções em dez fatores de cuidar nos quais foi incluída a *“fé-esperança”* estando subjacente uma intencionalidade que respeita a subjetividade e envolve a experiência pessoal de cada doente, (WATSON, 2002).

Apoiado em Frankl, CHOCHINOV (2005) relaciona a esperança com sentido e significado de vida referindo que sem esperança tudo vai perdendo sentido, até a própria vida, e quando mais nada faz sentido surge a desesperança, que no doente em fim de vida representa um estreitamento na relação entre sofrimento e morte. Estes aspetos influenciam o desenvolvimento de uma compreensão acerca da relação entre a esperança e o sentido de vida. Ambos proporcionam coragem, como que um estado de *“imunidade”* que se vai focalizar num futuro, ainda que breve, com legítimas possibilidades, (CHOCHINOV, 2005).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno, e mediante esta RSL, procurou-se resposta para a seguinte questão: **Qual o papel da promoção da esperança no alívio do sofrimento no doente em fim de vida?** No sentido de explanar o fenómeno em estudo esta RSL procura também dar resposta a duas questões secundárias: **Que estratégias utilizam os enfermeiros na promoção de esperança no doente em fim de vida? Será a promoção de esperança confortadora para o doente em fim de vida?**

A formulação da questão foi realizada de forma clara e objetiva e visou a rigorosa seleção dos estudos no sentido de por um lado, assegurar a sua pertinência e por outro, a sua qualidade do ponto de vista do tipo e arquitetura. Procurou-se assim um balanço criterioso entre a relevância clínica e o mérito científico.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A finalidade deste trabalho é determinar a melhor evidência disponível relativamente à natureza do processo de promoção de esperança no alívio do sofrimento do doente em fim de vida, contribuindo para a síntese e para a integração do conhecimento produzido sobre o fenómeno através de estudos quantitativos e qualitativos. Através de um processo de procura, seleção, organização e síntese de estudos primários sobre o fenómeno anteriormente descrito, e partindo do conhecimento científico deles extraído, procura-se com este trabalho contribuir para a clarificação e compreensão dos pressupostos conceptuais e práticos inerentes ao referido fenómeno. Assim, pretende-se participar no desenvolvimento da prática de cuidados especializados em enfermagem, utilizando a investigação como pilar para explanar a evidência alcançada.

CRAIG E SMITH (2004) defendem que ao acrónimo PICO compreendem os quatro elementos essenciais à formulação da questão de pesquisa e à construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências: População, Intervenção, Comparação e Outcome. Colocada a questão de partida, recorreu-se ao site da UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH para validar as seguintes palavras-chave, que foram, entre outras, utilizadas como descritores na pesquisa: *End of Life*, *Hope*, *Suffering* e que apresento no Quadro 1 – Definição das Palavras-Chave.

Quadro 1 - Definição das Palavras-Chave

P	POPULAÇÃO	Definição de “quem é” ou “o que é” a questão de investigação	Doente em fim de vida	End of Life
I	INTERVENÇÕES	Definição da intervenção, teste ou exposição em que se está interessado	Promoção da esperança	Hope
C	COMPARAÇÃO		Não se aplica	
O	OUTCOMES	Definição de resultados	Alívio do sofrimento	Suffering

Sendo a esperança no doente em fim de vida um estado subjetivo, um fenómeno humano apreendido, com significado singular e único, ela é influenciada pelas interações vivenciadas entre o doente/família e o enfermeiro. Neste sentido foi incluído o termo “cuidados paliativos” na pesquisa dada a convicção de que a experiência do doente/família em fim de vida naqueles contextos são muito reveladoras e representativas.

A opção pela abordagem preferencialmente qualitativa, com diferentes metodologias justificou-se na medida em que através dos relatos da experiência vivida se pode ter acesso a uma série de expectativas, vontades, significados sentimentos e emoções que, segundo uma estratégia quantitativa, não seria possível obter, permitindo assim dar respostas mais consistentes às questões do estudo.

De forma a adequar a pesquisa de artigos nas bases de dados à questão de partida colocada, foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão para obter apenas os estudos relevantes para a problemática em estudo, demonstrados no Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos de Investigação.

Quadro 2 - Critérios de Inclusão e Exclusão dos Artigos de Investigação

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none">• <i>Full Text</i>• 01.01.2004 a 18.11.2012• <i>Adult</i> (19-44 anos)• <i>Middle Aged</i> (45-64 anos)• <i>Aged</i> (65-79 anos)• <i>Aged + 80</i> (≥ 80 anos)• <i>Qualquer autor é enfermeiro</i>	<ul style="list-style-type: none">• Artigos pagos• Artigos repetidos• Estudos em idioma que não o inglês e o português• Crianças

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2012, de acordo com os descritores definidos, e com recurso às 21 bases de dados que compõem o serviço da EBSCO, PubMed Central e Biblioteca do Conhecimento *On-line*. Foram ainda consideradas a análise das referências bibliográficas dos artigos consultados, e são apresentados no Quadro 3 - Descritores Utilizados na Questão PI(C)O.

Quadro 3 - Descritores utilizados na questão PI(C)O

POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO	OUTCOME/ RESULTADO
Doente em fim de vida	Promoção da esperança	Alívio do sofrimento
<i>End of Life, Terminally Ill, Palliative Care (MeSH), Dying, Death, Terminal care</i>	<i>Hope (MeSH), Hope skills, Multidimensional model of Hope, Factors affecting Hope, Palliative care nursing, End of life care</i>	<i>Suffering (MeSH), Well-being Health-promoting conversation</i>

PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Esta revisão sistemática foi realizada por um único revisor e tem presente que o envolvimento e a forma como o autor olha o fenómeno pode induzir algum nível de subjetividade, neste sentido teve sempre presente a relevância da coerência e a visão holística e contextualizada do fenómeno.

Foram considerados apenas os estudos publicados por enfermeiros no sentido de, por um lado, dar relevo ao conhecimento produzido pelos enfermeiros acerca da temática, e por outro lado, desenvolver uma estratégia de busca de informação o mais sensível, fiável e válida para o tipo de estudo em causa. Os enfermeiros, usando pesquisas de investigação, têm sido pioneiros em estudar o sentido da esperança em pessoas doentes, identificando fatores de esperança e de desesperança e dando relevo à relação pessoa-doença, (CUTCLIFFE e HERTH, 2002).

Numa primeira pesquisa foram estabelecidos como critérios de inclusão os estudos relativos aos últimos cinco anos, tendo sido alargado o período temporal para 8 anos dada a quantidade de informação recolhida não ter sido considerada suficiente para garantir o balanço entre a pertinência e o mérito científico. Podemos constatar que existe um aumento progressivo do número de artigos que ilustram este tema, indo ao encontro do que é declarado por CUTCLIFFE e MCKENNE (2005) que afirmam que nos últimos 20 anos, a investigação acerca da esperança tem crescido consideravelmente.

No total foram identificados 126 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo. Aplicando os critérios de exclusão e inclusão e por meio da leitura do *abstract* e rejeitaram-se 114 artigos. Através da leitura integral de cada artigo foram excluídos 4 artigos. Aceitaram-se, assim, 8 artigos para esta RSL, como exposto no Quadro 4 - Características Gerais dos Estudos Constituintes da Amostra Bibliográfica.

Quadro 4 – *Características Gerais dos Estudos Constituintes da Amostra Bibliográfica*

ESTUDOS PRIMÁRIOS	OBJETIVOS	PARTICIPANTES CONTEXTO	INTERVENÇÃO E MÉTODO DE ANÁLISE
BUCKLEY e HERTH (2004) – Foresting hope in terminally ill patients. Nursing sandard. Vol 19. Nº 10, p 33-41.	Investigar o significado e as estratégias de esperança que os doentes terminais utilizam.	16 doentes em fim de vida, em cuidados paliativos.	Estudo qualitativo. Utilizada a escala de Herth Hope Index (HHI), Entrevistas semiestruturadas.
DUGGLEBY, W. e WRIGHT, K. (2004) – Elderly palliative care cancer patient’s descriptions of hope-fostering strategies. International Journal of Palliative Nursing.Vol 10. Nº 7.	Descrever a perceção dos doentes com cancro avançado, acerca das estratégias promotoras de esperança.	10 doentes em cuidados paliativos domiciliários.	Estudo qualitativo. Aplicadas as escalas: PPS, Herth Hope Index e ESAS. Entrevistas em profundidade.

(continua)

Quadro 4 (continuação)

ESTUDOS PRIMÁRIOS	OBJETIVOS	PARTICIPANTES CONTEXTO	INTERVENÇÃO E MÉTODO DE ANÁLISE
BENZEIN, E. [et al], (2008) – Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , Vol 14. Nº 9	Descrever as experiências de casais acerca da esperança e sofrimento no contexto de cuidados paliativos.	Amostra intencional de 6 casais em contexto de internamento numa unidade de cuidados paliativos.	Estudo qualitativo. Método fenomenológico hermenêutico. Entrevistas em profundidade.
PIPE, T. [et al], (2008) – A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. <i>Medsurg Nursing</i> . Vol. 17. Nº 4.	Avaliar a esperança, o bem-estar espiritual, a capacidade de desempenhar as atividades de vida diárias.	48 doentes em recuperação de uma alteração de saúde grave.	Estudo qualitativo e quantitativo. Desenho prospetivo, longitudinal, descritivo.
MOK, E. [et al.] ^(a) (2010)- The meaning of hope from the preselective of chinese advanced cancer patients in Hong Kong – <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , Vol. 16, Nº 6.	Explorar o significado da esperança na perspetiva dos doentes com cancro avançado, internados num hospital de Hong Kong.	Amostra intencional de 17 participantes: 13 doentes internados e 4 em regime de ambulatório.	Estudo qualitativo. Entrevistas semiestruturadas com amostra de conveniência.
OLSSON, L. [et al.] (2010) – Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care home – <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , Vol 16 Nº 12	Descrever os processos sociais e psicológicos que os doentes com cancro utilizam para preservar a esperança.	Amostra intencional: 11 indivíduos em programa de cuidados paliativos domiciliários.	Estudo qualitativo. Entrevistas semiestruturadas.
MOK, E. (2010) ^(b) Health-Care Professionals'Perspetive on Hope in the Palliative Care Setting – <i>Journal of Palliative Medicine</i> ,vol.13,Nº 7.	Explorar o sentido da esperança para os doentes, na perspetiva dos profissionais de saúde.	23 participantes que trabalham na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Haven of Hope.	Estudo qualitativo. Abordagem fenomenológica hermenêutica. Entrevistas em profundidade.

ANÁLISE, SÍNTESE E TRANSFORMAÇÃO DOS ACHADOS

Procedeu-se, várias vezes, à leitura dos artigos com o objetivo de identificar o conteúdo relevante e extrair os dados centrais e fulcrais de cada estudo, apresentados no Quadro 5 – Achados dos Estudos Constituintes da Amostra Bibliográfica.

Quadro 5 – Achados dos Estudos Constituintes da Amostra Bibliográfica

ESTUDOS PRIMÁRIOS	ACHADOS
BUCKLEY e HERTH (2004) – <i>Forecasting Hope in Terminally Ill Patients</i> .	A esperança permanece, noos doentes em cuidados paliativos, e se esta desaparece, aumenta a dor psicológica e o sofrimento. Existem sete categorias que promovem a esperança e conseqüentemente harmonizam o alívio do sofrimento: 1) amor pelas pessoas significativas; 2) espiritualidade 3) relações positivas com os profissionais de saúde; 4) humor; 5) características pessoais; 6) delinear objetivos concretizáveis e 7) recordações positivas; e três categorias que a limitam: 1) abandono; 2) dor incontrollável; 3) despersonalização dos cuidados.

(continua)

Quadro 5 (continuação)

ESTUDOS PRIMÁRIOS	ACHADOS
REB, A. (2007) – Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer.	A experiência de doença está frequentemente associada à perda de controlo, pelo que o enfoque em objetivos realistas e a tentativa de encontrar sentido na experiência atual, são as principais dimensões que providenciam o controlo e apoio que potencia a esperança. A comunicação eficaz e a relação interpessoal entre enfermeiro e doente são fatores que influenciam grandemente a esperança da pessoa em fim de vida.
BENZEIN, E. [et al.], (2008) – Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care.	São considerados 5 aspetos na esperança enquanto promotor do alívio do sofrimento no doente em fim de vida: 1) proporcionar uma relação de confiança entre doente/parceiro e os enfermeiros 2) experiência de cura 3) uma oportunidade de “tirar um peso dos ombros” 4) uma forma de aprender 5) uma nova forma de encontrar estratégias para gerir a vida diária, novas formas de pensar e interpretar a vida. As famílias encontram novos recursos/estratégias para gerir a vida.
PIPE, T. [et al.], (2008) – A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients.	A esperança, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida estão correlacionados positiva e significativamente. Os cuidados de enfermagem influenciam a qualidade de vida, o tempo de internamento e a capacidade destes doentes para desempenhar atividades. Ressalta a importância da escuta, presença atenta, acompanhamento e encorajamento.
MOK, E. [et al.] ^(a) (2010) - The meaning of hope from the perspective of chinese advanced cancer patients in Hong Kong	Identificadas 5 dimensões de esperança: 1) viver uma vida normal, os doentes têm esperança de manter a independência funcional, controlar os sintomas, poder voltar para casa, ter vida social; 2) apoio social: apoio da família, apoio dos profissionais de saúde; 3) reconciliação entre a vida e a morte: os participantes aceitavam a morte como um processo natural de vida. Os doentes que aceitavam a morte permaneciam mais esperançosos; 4) Bem-estar das pessoas significativas, os doentes mantêm a esperança se percebem que as famílias estão bem e vão ficar bem após a sua morte; 5) a perda do controlo pessoal, os doentes que mantinham o controlo permaneciam mais esperançosos do que os que o iam perdendo.
OLSSON, L. [et al.] (2010) – Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative care home	Os participantes consideram que a responsabilidade pela sua esperança é pessoal/individual. Quando se encontram perto da morte utilizam dois processos para preservar a esperança: A) Manter a vida: 1) preservar o significado da vida; 2) comunicando com outros acerca da vida e da morte; 3) envolvendo as pessoas que os ajudam na promoção da esperança; 4) mudando o foco de esperança. B) Preparar-se para a morte: 1) assumir a responsabilidade pelo futuro 2) planear o futuro com os familiares 3) escrever acerca dos seus sentimentos, 4) acreditar que existe vida para além da morte, reduz nos participantes deste estudo, o medo de morrer.
MOK, E. (2010) ^(b) - Health-Care Professionals' Perspective on Hope in the Palliative Care Setting	1) A falta de esperança é considerada pelos profissionais como um fenómeno espectável: 2) a esperança é um processo dinâmico: os doentes que atingiam objetivos, ou quando acreditavam na vida depois da morte sentiam-se mais esperançosos. 3) Estratégias de promoção de esperança: afirmação de valor próprio, relações interpessoais, partilha, suporte religioso e resolução de responsabilidades familiares. Os participantes consideram a promoção de esperança como essencial, prestando cuidados com humildade e entendimento. Consideravam fulcral entender a sua própria esperança e permanecer esperançoso no processo de cuidar 4) A paz como última esperança: os participantes consideravam a esperança dos doentes como espiritual.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Procurando dar resposta à questão principal: Qual o papel da promoção de esperança no alívio do sofrimento no doente em fim de vida? E às duas questões secundárias: Que estratégias utilizam os enfermeiros na promoção de esperança no doente em fim de vida? Será a promoção de esperança confortadora para o doente em fim de vida? Foram analisados oito estudos. Todos os estudos recolhidos apresentam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa, uma vez que os dados obtidos revelaram o papel da esperança no alívio do sofrimento, o significado da esperança no doente em fim de vida e prestador de cuidados, bem como as intervenções de enfermagem implementadas.

QUERIDO (2005) menciona que à esperança é atribuído um valor terapêutico. Sendo mais forte do que o otimismo, é um mecanismo de “*coping*” importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual do doente. A promoção da esperança é uma tarefa desafiante e da máxima importância no cuidar em fim de vida proporcionando ao doente um sentido de bem-estar profundo (CUTCLIFFE e HERTH, 2002).

MOK^(b) (2010) reconheceu no seu estudo que os enfermeiros consideram a falta de esperança como um fenómeno espectável, sendo uma resposta ao sofrimento causado pela doença avançada, CHAREPE (2012) citando ALBERONI (2002) refere que “*entre o desespero e a esperança não existem graus intermédios, mas sim um salto abismal que vai do nada ao tudo, do aniquilamento à vida, ao riso, à alegria, à expectativa do futuro, à capacidade de fazer planos (...) é uma passagem da certeza à possibilidade*”. BUCKLEY e HERTH (2004) apontam no seu estudo que se a esperança em cuidados paliativos desaparece aumenta a dor psicológica e o sofrimento, estando as relações positivas com os profissionais de saúde e o delinear de objetivos concretizáveis entre as categorias que promovem a esperança e consequentemente harmonizam o alívio do sofrimento. De acordo com SULLIVIAN (2003) a desesperança não é uma ausência de esperança mas sim uma forma de esperança que é perdida, a origem do que está muitas vezes relacionado com a perda de significado e sentido na vida. Estas constatações levam-me a sugerir uma importância fulcral e o papel determinante do enfermeiro na abordagem desta problemática no contexto do doente em fim de vida.

Perante a doença grave, progressiva e incapacitante o doente pode deparar-se com a desmoralização, a ameaça, perda, desamparo e vulnerabilidade, levando-a a atingir a tristeza profunda, a depressão e o sofrimento, (CLARKE, 2007). Estes aspetos são atestados no estudo de BUCKLEY e HERTH (2004) que encontraram três categorias que segundo os doentes limitam a esperança: o abandono, a dor incontrolável e a despersonalização dos cuidados. COULHEAN (2011) apresenta a esperança em fim de vida como uma esperança última, em profundidade, e considera-a como um fenómeno benéfico mas frágil. REB (2007) apresenta no seu estudo a experiência de doença associada à perda de controlo, sendo o enfoque em objetivos realistas e a tentativa de encontrar sentido na experiência atual as principais dimensões que permitem o controlo e apoio que potencia a esperança.

O desenvolvimento dos cuidados paliativos tem trazido uma abordagem científica e humana no acompanhamento do doente em fim de vida no sentido de contrariar o fenómeno do sofrimento. Os enfermeiros têm emergido e desenvolvido competências no âmbito da esperança enquanto estratégia hábil no cuidar em fim de vida, e que vai de encontro ao alívio do sofrimento. OLSSON et al. (2010), no seu estudo acerca da perspectiva de esperança nos doentes em cuidados paliativos refere que os doentes consideram a responsabilidade pela sua esperança individual, pessoal, singular e encontram dois processos para preservar a esperança: preservando o significado da vida, (comunicando com os familiares e enfermeiros acerca da vida e da morte, envolvendo as pessoas que os ajudam na promoção de esperança) e modificando o seu foco de esperança no sentido de se preparar para a morte. QUERIDO (2005) alude que perante uma doença incurável e progressiva a pessoa não deixa de ter esperança, apenas a focaliza de maneira diferente. Nesta fase, os doentes podem encontrar a esperança na existência de Deus e na vida para além da morte, ou na realização de um objetivo específico, como por exemplo atingir uma data festiva especial. Podem ainda focalizar a esperança na doença, reajustando os objetivos não para a cura, mas para o alívio dos sintomas, e ainda, repensar o sentido da vida. Neste processo interagem emoções, pensamentos, comportamentos e relações, afirmando a natureza multidimensional da esperança. A experiência de sofrimento cria esperança e ansiedade, sendo que a esperança pode ser encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento e experienciada como um conforto, (LOHNE e SEVERINSSON, 2005). No estudo de MOK^(b) (2010) os enfermeiros consideram a paz como última esperança, estes trabalham a esperança como espiritual procurando proporcionar a calma e a tranquilidade no sentido da transcendência do Ser.

HERTH (1995) perita e investigadora de notabilidade dentro da temática em estudo, definiu intervenções promotoras de esperança que permitem manter e redimensionar a esperança do doente em fim de vida e que vêm corroborar com os achados deste estudo. Nesta RSL foram utilizadas as Intervenções Promotoras de Esperança de Herth para organizar por temas os achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica. Assim procurou-se por um lado respeitar e captar o conteúdo e significado dos referidos estudos, e por outro lado projetar as intervenções promotoras de esperança para possibilitar a sua aplicabilidade prática no sentido do alívio do sofrimento do doente em fim de vida:

Proporcionar conforto/ alívio de sintomas, (HERTH, 1995): Viver uma vida normal, (MOK, 2010), manter independência funcional, (MOK et al.^(a), 2010), controle sintomático, (MOK et al.^(a), 2010) e (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004);

Incentivar a expressão de emoções e sentimentos, (HERTH, 1995): Comunicação eficaz e relação interpessoal entre enfermeiro e doente, (REB, 2007), relação de confiança entre doente e cuidador/enfermeiro, (BENZEIN, et al., 2008), partilha de pensamentos e sentimentos, (BENZEIN, et al., 2008), conversa com enfermeiras descrita como oportunidade de encontrar sentimentos e emoções e encontrar novos “insights” sobre a situação, (BENZEIN, et al., 2008),

valorizar características pessoais, (BUCKLEY e HERTH, 2004), leva ao autoconhecimento, (BENZEIN, et al., 2008);

Facilitar o sentido de se encontrar “conectada” com os outros, (HERTH, 1995): suporte familiar/pessoas de referência, Bem-estar das pessoas significativas (MOK et al.^(a), 2010), voltar para casa, (MOK et al.^(a), 2010), vida social, (MOK et al.^(a), 2010), envolver as pessoas que o ajudam (familiares e profissionais de saúde) na promoção de esperança, (OLSSON, 2010), planejar o futuro com os familiares, (OLSSON, 2010), assumir a responsabilidade pelo futuro, (OLSSON, 2010), amor pelas pessoas significativas, (BUCKLEY e HERTH, 2004), apoio da família e apoio dos profissionais de saúde (MOK ^(b), 2010), suporte familiar e dos amigos, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004);

Ajudar a ver pequenas alegrias do presente. Obter/relembrar ganhos possíveis, (HERTH, 1995): Refletir na forma de gerir os desafios, de pensar e agir encontrando recursos e estratégias para gerir a vida diária, (BENZEIN, et al., 2008), preservar o significado da vida, (OLSSON, 2010);

Conhecer o seu objeto de esperança, identificar áreas específicas de esperança na vida (HERTH, 1995): criar objetos de esperança, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004);

Facilitar a exteriorização de crenças religiosas, (HERTH, 1995): espiritualidade, (BUCKLEY e HERTH, 2004), “desligar o pensamento”, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004), fé, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004), reconciliação entre vida/morte, (MOK et al.^(a), 2010), acreditar que existe vida para além da morte, (OLSSON, 2010);

Estabelecer objetivos realistas com o doente, a curto prazo. Rever objetivos, (HERTH, 1995): Mudança no foco da esperança, (OLSSON, 2010), delinear objetivos concretizáveis e recordações positivas, (BUCKLEY e HERTH, 2004), alcançar metas a curto prazo, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004), enfoque em objetivos realistas, (REB, 2007);

Encorajar a partilha de experiências positivas passadas, no sentido de afirmação do seu valor próprio, (HERTH 1995): contar a sua história de vida considerada uma forma positiva de enfrentar o sofrimento com esperança, (BENZEIN, et al. 2008), escrever a pessoas significativas (amigos, familiares, profissionais de saúde) acerca dos seus sentimentos, deixar cartas escritas, ver fotografias, (OLSSON, 2010), deixar um legado, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004), carta de encerramento descrita como experiência valiosa, (BENZEIN, et al., 2008), conversas com enfermeiras importantes para abrir horizontes acerca do sentido de vida esperança e significado, (BENZEIN, et al., 2008);

Envolver o doente no seu próprio processo e na tomada de decisão, (HERTH, 1995): Controle sobre o presente (MOK et al.^(a), 2010), informação honesta e transparente por parte dos profissionais de saúde, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004);

Ter atitude positiva. Usar um espírito de “gostar de viver”, (HERTH, 1995): Relações positivas com os profissionais de saúde, (BUCKLEY e HERTH, 2004), comunicação com os outros acerca da vida e da morte, (OLSSON, 2010), encontrar sentido na experiência de vida atual, (REB, 2007), conversas com enfermeiras mudaram a visão e experiência de esperança e sofrimento, (BENZEIN, et al., 2008). Humor, (BUCKLEY e HERTH, 2004), pensamento positivo, (DUGGLEBY e WRIGHT, 2004), conversas com enfermeiras consideradas como fonte de serenidade, bem-estar, energia positiva e promotor de união entre as pessoas, (BENZEIN, et al., 2008).

PARKER-OLIVER, (2002) aponta algumas estratégias aos profissionais que trabalham com pessoas em fase avançada de doença, também com o objetivo de manter e redimensionar a esperança e que se coadunam com as metas de enfermagem para o alívio do sofrimento no doente em fim de vida descritas por FERREL et al. (2008): rodear o doente com cuidadores capazes de encontrar oportunidade, sentido e significado no processo; dar oportunidade para o doente expressar medos, através de atividades específicas fazendo parte de um plano de cuidados para lidar com os medos; trabalhar com a equipa médica no sentido de garantir ao doente que não vai morrer sozinho se não o desejar, que não serão feitas manobras para prolongar artificialmente a vida, que serão feitos esforços para o manter confortável, e que será recordado; trabalhar com o doente no sentido de reparar relações interpessoais – despedir, perdoar e expressar sentimentos; utilizar recursos espirituais para facilitar o desenvolvimento de significados e recriação ou implementação de rituais e tradições; trabalhar com o doente para que atinja os seus objetivos, perguntando-lhe o que mais gostaria, e usar a criatividade no sentido de os ajudar a alcançar; utilizar as experiências anteriores e sistemas de valores para compreender e reforçar as estratégias e comportamentos de capacitação do doente.

Testemunhar o sofrimento dos doentes é o trabalho diário dos enfermeiros, em todos os ambientes, em incalculáveis contextos e inúmeras perturbações. O impacto da doença terminal é, para o doente e família, angustiante. Nestas situações de grande delicadeza o enfermeiro, desperto e preparado para reconhecer as dimensões de Cuidar o Outro, tem um papel fulcral no alívio do sofrimento. LOHNE e SEVERINSSON (2005) afirmam que os enfermeiros devem escutar o sofrimento e a ansiedade individual dos doentes e incentivar possíveis caminhos de esperança.

CUTCLIFFE e HERTH (2002) postulam que é útil usar o Índice de Esperança de Herth (HHI), pois os itens desta escala podem guiar-nos em áreas em que a esperança está diminuída, planificar e elaborar intervenções individuais de promoção de esperança, conduzir as estratégias promotoras de esperança bem como suportar as esperanças do doente e compreender os aspetos individuais dessas mesmas esperanças. TRAVELBEE, citada por GAMEIRO (2004) afirma que a descoberta de um sentido para a doença e para o sofrimento permite à pessoa, não só aceitar a própria doença, mas usá-la também como experiência de autorrealização.

Mobilizando a teoria de WATSON (2002) podemos afirmar que Cuidar requer que o enfermeiro possua intensões específicas, uma vontade, valores e um compromisso com um ideal de transação do cuidar intersubjetivo que é dirigido para a preservação da Pessoa, quer do enfermeiro quer do doente. Isto permite que diferentes enfermeiros em diferentes momentos, possam prestar elevados níveis de cuidados. A influência dos enfermeiros na esperança dos doentes/famílias implica o desenvolvimento de competências interpessoais, (HERTH, 2002), dado que pelo relacionamento e seu papel implícito, podem promover ou pelo contrário, devastar a esperança da pessoa. A promoção de esperança no cuidar em fim de vida vem explicar um cuidar inevitavelmente contextualizado pelo encontro pessoa-a-pessoa, em que o enfermeiro empenhado em ajudar a melhorar o nível de conforto do doente, não se poupa nas sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas que confortam aquela pessoa (OLIVEIRA, 2008). O cuidado confortador no doente em fim de vida é hoje entendido como um processo, que fortalece o doente a mover-se em direção aos seus objetivos, a perceber o controlo sobre si, sobre as suas circunstâncias de vida e ajudando a perspetivar o futuro. Constrói-se a proximidade física e afetiva, a comunicação revela respeito e compromisso e a promoção da esperança vem alcançar um estado dinâmico em que o doente experimenta tranquilidade face ao presente e ao futuro. OLIVEIRA (2008), postula que o conforto é construído mediante a gestão criativa e integrativa dos cuidados percebidos como atenções especiais, pessoais, singulares e únicos, que no doente em fim de vida são, por si só, uma esperança.

Com a análise destes estudos foi possível confirmar a importância da esperança no doente em fim de vida e reconhecer as intervenções de enfermagem a adotar no sentido do alívio do sofrimento. De facto, as ações de enfermagem visam o cuidado holístico e humano com o Outro o que, na atualidade, corresponde a uma enfermagem como terapia, onde conceitos como a esperança são efetivamente incluídos, (MCMAHON e PEARSON, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal como foi consolidado ao longo desta RSL, os enfermeiros, privilegiados pela relação de proximidade que têm com os doentes, ao envolver estes aspetos na prática do cuidar, representam um sustentáculo na promoção de esperança enquanto fenómeno positivo no alívio do sofrimento na situação de fim de vida. Assim, torna-se fulcral que, na sua prática de cuidados diários, reconheçam o papel fulcral e exequível da promoção de esperança na saída do ciclo de sofrimento do doente/família. Pelo então referido e, tendo presente que estes resultados de investigação, constituem apenas uma das formas de olhar para uma realidade concreta sugere-se a investigação acerca das repercussões das ações de enfermagem, na esperança enquanto estratégia confortadora no doente em fim de vida.

2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE ESTÁGIO

O plano de estudos do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica emana objetivos gerais e competências que se fundamentam no aprofundamento de conhecimentos e habilidades na área de especialidade, na mobilização e agilidade ao aplicar esses mesmos conhecimentos e na resolução de problemas em novos contextos e em circunstâncias diversificadas. Incluindo a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, o enfermeiro especialista revela capacidade em relacionar conhecimentos, lidar com situações complexas e em produzir soluções tendo em conta a singularidade de cada situação vivenciada. Pode-se considerar que a UC de estágio surge como uma unidade de fusão entre as várias UC do curso, e que deverá, através da construção deste relatório, espelhar todo o universo de conhecimentos desenvolvidos durante o processo formativo, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para a assistência ao doente/família, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo deste relatório proponho-me a partilhar as minhas vivências, as dificuldades sentidas e também o dinamismo de uma busca incessante de desenvolvimento e crescimento, enquanto futura enfermeira especialista, que avalia o impacto das suas intervenções, que estuda os conceitos, que procura e produz conhecimento através da investigação científica, que é detentora de capacidades em mobilizar os saberes para as necessidades, situações e contextos variáveis dos doentes, transformar os saberes em competências, competências diferenciadas que vêm relacionar o *saber fazer* e o *saber ser* com as ações. É assim que, na minha perspetiva o enfermeiro especialista reflete o seu próprio estatuto, conquistando autonomia, responsabilidade e o reconhecimento pelos seus pares e pela comunidade em geral, é também assim que pode trazer à Enfermagem um processo de mudança, de transformação, norteando a sua intervenção pelo Cuidar Humano e pela excelência da qualidade dos cuidados prestados...esta foi a trajetória que me propus percorrer neste meu caminho, e que venho explicar no decorrer deste capítulo.

De forma a conduzir o leitor, este ponto encontra-se dividido em subpontos referentes a cada módulo realizado. Sucede-se a descrição do percurso efetuado no módulo de estágio que foi creditado (Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios) com o objetivo de espelhar as competências adquiridas e desenvolvidas de âmbito científico, técnico e relacional.

MODULO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS

No âmbito dos cuidados intermédios tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas em situações de vulnerabilidade, na doença e/ou falência orgânica. Adquiri e aprofundei conhecimentos, apliquei esses conhecimentos na resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados, lidando com situações complicadas e desenvolvendo soluções, tendo sempre presente as implicações e responsabilidades éticas nos cuidados de enfermagem. Adquiri e aperfeiçoei competências na identificação, planeamento, avaliação e registo dos

cuidados de enfermagem, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, requeridos pelos doentes/famílias sob a minha responsabilidade, das quais destaco as mais relevantes: medidas complexas como a ventilação assistida (invasiva e não invasiva), pois exigem de facto uma competência específica e diferenciada do enfermeiro e tem uma taxa de sucesso colossal muito pelo seu conhecimento e habilidade; atuação em situações de urgência/emergência nomeadamente na reanimação cardiorrespiratória o que me permitiu desenvolver aptidões técnicas diferenciadas explanando o fortalecimento e a maturidade no processo de decisão perante situações de stress; adoção de uma conduta responsável e ética e atuação no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos doentes; adoção dos princípios da comunicação na relação estabelecida com o doente/família e equipa multidisciplinar de saúde, utilizando a técnica da escuta ativa e espelhando atitudes de Ajuda; a vivência com doentes traqueostomizados, obrigou-me a criar estratégias de comunicação de forma a conseguir responder às necessidades do doente/família. Nestas situações de fragilidade, torna-se fulcral atentar a detalhes que antes passavam despercebidos; colocar-se no lugar do Outro e perceber que este tem necessidades que o enfermeiro pode satisfazer. É preciso conseguir olhar para estes doentes e “ouvir os seus sinais e gestos” com a máxima atenção, procurando facilitar a sua capacidade de comunicar; No acompanhamento do doente/família em fim de vida emergiu sempre uma necessidade crescente na implementação, fundamentada, consciente, estruturada e competente, de ações paliativas nos doentes de quem cuidei. A proximidade com a pessoa doente, o controlo de sintomas, o suporte emocional, espiritual e social constituíram a base das ações paliativas, sendo a comunicação uma ferramenta poderosa de sucesso dos cuidados oferecidos.

Estive envolvida em projetos e pesquisas, sendo que destaco a coordenação da equipa do Projeto Institucional “Hospital sem Dor”, e a integração do grupo coordenador que dinamiza e monitoriza o programa institucional “Avaliação e registo sistemático da Dor” projetos em que me mantenho verdadeiramente empenhada e envolvida de forma ativa e dinâmica. Sendo um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (OE, 2008).

Durante a minha prestação de cuidados nesta Unidade, fui coordenadora de equipa de cuidados, supervisionei os cuidados dos elementos da mesma, colaborei na gestão do serviço, nomeadamente no que concerne a recursos materiais e humanos, integrei enfermeiros recém-admitidos no serviço, realizei tutoria de estudantes de enfermagem, a coordenação da implementação do Protocolo de Controlo do Tromboembolismo Profundo no Doente Insuficiente Respiratório, integrei a equipa coordenadora do Projeto de Investigação-Ação, realizado no Serviço sobre “Passagem de Ocorrências de Enfermagem junto aos Doentes”; participei como formadora e como formanda no contexto de formação em serviço e fui Elo de Ligação do Projeto Multinacional “Práxis – Reflexão sobre as Práticas de Cuidados de

Enfermagem”. Enquanto elo de ligação do projeto “Práxis – Reflexão sobre as Práticas de Cuidados de Enfermagem”, tive oportunidade de ser moderadora de alguns encontros, cujas temáticas se relacionavam com a Dignidade Humana e em que era dado relevo ao papel primordial do enfermeiro.

Fez parte da minha trajetória neste serviço desenvolver todas as atividades e competências inerentes ao conteúdo funcional do enfermeiro graduado representadas no Nº 2 do Artigo 7º (“conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista”) do Decreto-Lei Nº. 437/91 de 8 de novembro com alterações descritas no Decreto-Lei nº 412/98. Com o referido percurso foi possível desenvolver várias competências incluídas no conteúdo funcional do enfermeiro especialista (Artigo 7º do Capítulo II do Decreto-Lei Nº 437/91 de 8 de novembro), tais como:

“a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente em situações de crise ou risco, b) estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência; c) definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (individuo, família, grupos e comunidade) e introduzir medidas corretivas julgadas necessárias; d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes; f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados; (...) i) colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço; j) colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem”.

Pelo anteriormente descrito e tendo em conta as premissas de BENNER, posso afirmar que durante a minha prestação de cuidados no SIR desenvolvi competências de enfermeira perita, espelhando a gestão de situações novas e complexas de forma distinta. Os peritos “(...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (BENNER, 2001, p. 54).

Neste estadió deste percurso torna-se emergente o desenvolvimento do pensamento crítico, exigindo ação, criatividade, procura de conhecimento, e habilidade para Agir e para Pensar Enfermagem, sempre com o objetivo de cuidar do doente/família, procurar a qualidade de vida e a defesa da Dignidade Humana. Trata-se de um caminho de mudança, de crescimento interior, mas também de construção de uma nova identidade profissional que muito me entusiasma e motiva.

2.1. MÓDULO III – OPÇÃO – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

“...Vou contar-te o tal segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos (...)

“O Príncipezinho”, Antonio de Saint-Exupéry

Dirigido a uma área de interesse do estudante, o Modulo III – Opção, vem dar-nos a oportunidade de eleger o âmbito em que gostaríamos de aprofundar conhecimentos, desenvolver competências e implementar estratégias que visem a melhoria dos cuidados de saúde disponibilizados ao doente/família. A minha preferência incidiu na área dos Cuidados Paliativos, uma vez que prestar cuidados ao doente em fim de vida sempre me despertou interesse e um enorme fascínio. Ao longo da minha experiência profissional tenho acompanhado a confrontação do doente/família com a situação de fim de vida, bem como as suas vivências físicas, psicológicas, sociais e espirituais de sofrimento. Os cuidados de enfermagem ao doente neste âmbito carecem de conhecimentos e intervenções específicas do âmbito da enfermagem paliativa para os quais não me sentia suficientemente preparada, tendo elegido então, esta problemática para desenvolver competências que, como futura enfermeira especialista, me permitissem promover e melhorar as estratégias que norteiam a qualidade do cuidar no doente/família em fim de vida.

Partindo da convicção de que nos cuidados paliativos se prestam e desenvolvem cuidados verdadeiramente intensivos de conforto ao doente em fim de vida, a melhoria da qualidade de vida e a defesa da sua dignidade são os alicerces que sustentam os cuidados de enfermagem. Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (apcp, 2012), estes definem-se como *“uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”*. Os Cuidados Paliativos surgem como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas de saúde decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso á identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2003).

Para que sejam prestados cuidados paliativos efetivos é imprescindível ter por base quatro pilares, são eles: *controlo sintomático*, pois é indispensável saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretamente sobre o bem-estar do doente; *comunicação*, que tem que ser adequada ao doente/família e equipa multidisciplinar, de forma a permitir o estabelecimento de uma relação empática, aberta, honesta e de apoio; *apoio à família*, a aliança entre a equipa e doente/família é a essência dos cuidados paliativos. É necessário avaliar a capacidade da família para a prestação de cuidados, integrá-la na equipa, acompanhando-a e orientando-a quanto à prestação de

cuidados; *trabalho em equipa* multidisciplinar é a única forma de responder integralmente às diferentes carências de cada doente/família. TWYXCROSS (2003) afirma que “os cuidados paliativos são os cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”.

A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, nomeadamente na comunidade europeia. No entanto, e existindo já legislação importante sobre esta matéria, constatei ao longo deste estágio que, o certo é, que nos deparamos com grandes disparidades em termos de acesso, quer nos diferentes países, quer de região para região dentro do mesmo país, sendo as respostas por vezes tardias ou mesmo inexistentes.

Optei por realizar o meu estágio na UCCP do HL, sendo que este serviço tem como missão prestar cuidados de excelência a todos os doentes que se encontrem em situações complexas de saúde associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas. O Hospital da Luz representa numa das mais recentes unidades hospitalares privadas do Grupo Espírito Santo Saúde e assume o compromisso de promover a autonomia e dignidade do doente através de um ambiente de respeito, conforto e envolvimento, facilitar a integração da família no processo individual de acompanhamento e tratamento, acompanhar o doente e família neste momento e controlar a dor e outros sintomas com o intuito de melhorar a qualidade de vida. A maior parte dos doentes são idosos e provem de outros serviços do HL, por referência direta à Unidade, de forma voluntária, por transferência de outras unidades hospitalares ou provenientes do domicílio. Fisicamente, este serviço é composto por 44 camas, sendo que 14 se destinam exclusivamente aos cuidados paliativos. Possui ainda uma sala de estar, dois gabinetes de observação médica, um gabinete de enfermagem, duas salas de registos com terminais informáticos, uma sala de observação, uma sala de banho assistido, sala de sujos, serviços administrativos, salas de armazenamento de terapêutica e de diversos materiais, duas salas de estar, uma sala de atividades lúdicas e multiusos.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 40 elementos, uma enfermeira coordenadora do serviço e um segundo elemento com funções de chefia em horário fixo. O método de trabalho é o método individual. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos, uma psicóloga, fisioterapeutas, assistentes operacionais, administrativas, um padre e uma assistente social.

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aquando da construção do meu projeto, emergiram os objetivos que desenvolvi ao longo deste estágio: Objetivo Geral: Desenvolver as competências de enfermeiro especialista na assistência de enfermagem avançada ao doente

adulto e idoso com doença grave, particularmente dirigido à assistência ao doente/família em cuidados paliativos.

Os objetivos específicos foram:

Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados ao Doente em Fim De Vida;

Acompanhar o Doente e Família no Fim Provável, dando relevo ao papel do enfermeiro na inspiração da esperança ao doente em fim de vida.

Existe uma forte motivação pessoal para a abordagem desta temática, tendo em conta as histórias singulares e totais que me deixaram aqueles de quem cuidei em fim de vida. Foram exemplos de vida em que atitudes, medos e situações mal resolvidas fizeram emergir diferentes perspetivas (física, psicológica, social e espiritual) de sofrimento. Comecei a perceber os doentes com uma história de vida singular, da qual fazem parte o passado, o presente e as difíceis perspetivas futuras, permeadas por angústias, medos e interrogações que, até aqui, considerei muitas vezes insondáveis. Fiz um enorme percurso, de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, num caminho muitas vezes tortuoso que me fez olhar para dentro e buscar forças para continuar, e assim cresci, passei a ver as pessoas em fim de vida como sábios, pois tinham sempre alguma coisa significativa para partilhar, para ensinar. Pude entendê-los como seres humanos únicos que realmente nunca deixaram de ser e que, na situação de doentes, dependem, propõe, solicitam, agem, reagem e que, apesar de todas as circunstâncias a que estão sujeitos, sonham e sentem necessidade de organizar as suas vidas. Face ao exposto, incluí na minha trajetória do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente neste estágio, um aprimoramento não apenas teórico, mas conjugado com a prática, no cuidado ao doente em fim de vida, na promoção da esperança e no alívio do sofrimento.

A circunstância de doença terminal tem normalmente associadas um conjunto de problemas – não só físicos – que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem. A resposta a estes problemas, a este sofrimento, nos seus diferentes contornos, passa por uma correta avaliação das necessidades do doente e família, passa por uma intervenção técnica rigorosa e ativa, passa pelos cuidados paliativos. Ao longo deste estágio desenvolvi a competência técnico-científica, aliada à competência relacional de futura enfermeira especialista. Manifestei sensibilidade na escuta para acompanhar o Outro, atendê-lo no seu sofrimento, quer por meios técnicos e terapêuticos quer por gestos de afetividade, acolhimento, compreensão, do toque, tendo construído verdadeiramente, um vínculo humanístico na ação do cuidar com dignidade (CALDEIRA, 2011). Foi fulcral entender, tanto quanto possível, o que era para si fonte de sofrimento, reconhecer este mesmo sofrimento, por forma a dar respostas consistentes às suas inquietações e medos. Na resposta ao sofrimento gerado pela vivência da doença terminal tive sempre presente o meu papel não triunfalista ou vitorioso, mas, pelo contrário, humilde e modesto, com a consciência de que o esforço dos cuidados paliativos na resposta ao sofrimento não é interpretar o sofrimento como sinónimo de “eliminar o sofrimento”

ou “terminar com aquele que sofre” mas sim “acompanhar” o sofrimentado doente/família, tendo em conta que o seu significado e intensidade são medidos nos termos da própria pessoa, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos, uma realidade complexa e ao mesmo tempo única para que a vivencia, (CASSEL, 1982).

Esta nova filosofia de cuidar em enfermagem exigiu de mim uma mudança de paradigma de cuidados. Comecei por me questionar: Fará sentido aspirar sucessivamente as secreções de um doente, com estridor em fase agónica? Fará sentido entubar nasogastricamente um doente prostrado devido ao evoluir da doença? Fará sentido existir um acesso venoso para administração de fluidoterapia e medicação endovenosa? E diariamente fui confrontada com situações complexas de doentes/famílias em sofrimento, em que foi fulcral o questionamento e a reflexão crítica acerca dos princípios éticos e deontológicos que alicerçam a prática de cuidados. Tive oportunidade de implementar estratégias de resolução de problemas, com o doente/família, em equipa, utilizando um julgamento fundamentado no processo de tomada de decisão e demonstrando maturidade na tomada de decisão, suportada pelos princípios e valores éticos e deontológicos da enfermagem.

Daniel Serrão citado por NETO (2010), refere que *“as decisões tomadas no âmbito da medicina de acompanhamento têm um suporte científico, mas têm principalmente, uma muito significativa estrutura ética (...). A prestação de cuidados de saúde no período final de vida reveste-se em consequência, de um exemplar de carácter ético”*. A prática de enfermagem tem-se baseado num conjunto de normas que pretendem materializar o princípio formal de que todos os seres humanos merecem respeito e consideração - os princípios da bioética. O princípio da beneficência está intimamente relacionado com o imperativo de “fazer o bem”, de ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício. Este princípio foi o que de facto me apresentou um apelo mais intuitivo. O princípio da beneficência orientou-me para a promoção do bem no ato de cuidar (agimos no interesse da pessoa). Assim, nos doentes com doença incurável, progressiva e avançada e face à inevitabilidade da morte, determinados procedimentos podem revelar-se como possuindo mais aspetos negativos que positivos e podem mesmo prolongar o período final da vida, sem garantir o alívio do sofrimento. A finalidade por excelência é o bem do doente, no entanto muitas vezes me questioneei se conhecia o que de facto era melhor para si – como pode o bem para uma pessoa fazê-la sofrer mais? Tentei ter presente que existe sempre uma hierarquia de valores e princípios a serem respeitados e que compete ao próprio doente, desde que capaz, de a esclarecer e clarificar connosco. Este aspeto conduz-nos para o princípio da não-maleficência, este princípio propõe a obrigação de não infligir qualquer dano de forma intencional. Um exemplo na enfermagem são as questões acima citadas, que podem originar nos profissionais de saúde um sentimento de dúvida, de não saber como agir, da dificuldade em avaliar qual o melhor interesse, ou seja o bem do doente. Com base num terceiro princípio ético que orienta a prática clínica, o da autonomia do doente, (também chamado princípio da liberdade), este refere-se ao respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam

verdadeiramente autónomas e livres. Este princípio justifica-se em termos de autorrealização pessoal e liberdade ética, baseadas na Dignidade Humana. No contexto dos cuidados paliativos, constatei que por vezes, as pessoas são consideradas como dependentes, não autónomas, mas na verdade, podem ser capazes de decisões autónomas acerca de si e da sua vida, decisões essas que devem ser respeitadas (FRY, 1994). É deste princípio que deriva o valor não instrumental de cada ser humano, não “objeto” mas “sujeito”, a quem deve ser dada a liberdade necessária para desenvolver o seu projeto de vida, ainda que no fim da vida. O quarto princípio a considerar é o princípio da justiça, este princípio procura a igualdade de todos os seres humanos e rejeita todas as formas de discriminação, pode ser interpretada como a igualdade de oportunidades, equidade e não discriminação. Leva-nos para a exigência da justiça distributiva, ou seja, o tratamento puramente igual reservado a pessoas que se encontram em circunstâncias diferentes, RENAUD (2004).

No decorrer do meu estágio fui desenvolvendo um olhar diferenciado sobre o cuidar em fim de vida. O respeito pelo valor da vida humana não implica o dever de administrar sempre terapêuticas que prolonguem a vida, aqui, torna-se elementar aceitar o facto de que a vida é finita e a morte inevitável. Para um bom processo de decisão em cuidados paliativos, há que assumir a complexidade da situação de vida do doente/família, há que possuir e desenvolver competências técnicas nas várias áreas de intervenção em que se apoiam estes cuidados, há que conhecer e integrar precocemente os princípios éticos no modelo de decisão e, finalmente, trabalhar realmente em equipa multidisciplinar (NETO, 2010).

Tal como exposto anteriormente, o controlo sintomático consiste num dos pilares dos cuidados paliativos. Geralmente os sintomas são de etiologia multifatorial, variaram de intensidade e de persistência e consistem numa chamada de atenção do organismo para algo que ameaça a homeostasia e o equilíbrio entre a dimensão física, espiritual, social e afetiva da pessoa (PEREIRA, 2010). Ao longo deste estágio tive oportunidade de avaliar as necessidades da doente/família e planear os cuidados específicos para situações de descontrolo de sintomas, tendo sido fulcral individualizar os cuidados e estabelecer uma relação de confiança e proximidade. Fortifiquei a capacidade de reagir perante situações imprevistas, de saber clarificar no momento certo, de observar alterações físicas que tantas vezes de forma inesperada espelham o evoluir galopante da doença, de identificar, antecipar, concretizar e avaliar intervenções de enfermagem eficazes e eficientes no controle sintomático, de sentir e viver com o Outro o momento da morte, no caminho pela descoberta do Outro...em profundidade.

Foi fulcral o processo de autoformação, tendo em conta os sintomas mais frequentes e preocupantes em cuidados paliativos. Foram situações que requereram pesquisa sistemática, estudo e reflexão das práticas bem como mobilização de conhecimentos numa base diária, tendo sido muito importante e elementar a utilização das escalas de sintomas utilizadas na UCCPHL, e principalmente, a cooperação e disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora e pelos restantes profissionais da equipa.

A.M. 86 anos, adenocarcinoma da próstata diagnosticado em 2007 com metastização pulmonar e cerebral. Reinternado na unidade por descontrolo sintomático: dor e dificuldade respiratória. Encontra-se polipneico, com tiragem intercostal e cianose labial, começa a ficar inquieto e ansioso devido à presença de dificuldade respiratória. Percebo que pelo evoluir desta situação rapidamente irá progredir para uma situação de descontrolo pelo que procuro antecipar a situação de “crise” partilhando com a enfermeira orientadora a ocorrência e tomando a iniciativa de administrar a medicação adequada em termos de fármacos de eleição, via de acesso e dose, tendo em conta os sintomas identificados.

Este é apenas um exemplo das múltiplas situações vivenciadas ao longo do estágio em que avaliei criticamente a situação e atuei, de forma segura e sistemática. Desta forma demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos no âmbito do controlo sintomático, capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas e desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente e família. Adquiri competências acerca por exemplo da analgesia adequada, os seus princípios em cuidados paliativos (preferência pela via oral, terapêutica preventiva – pelo relógio, uso da escalada analgésica), tendo presente a relevância da titulação, rotação e manutenção de opióides, as vias de administração (privilegiando a via subcutânea), gerindo os seus efeitos secundários e os analgésicos adjuvantes (PEREIRA, 2010).

No meu primeiro contacto com a UCCPHL deparei-me com a hipodermóclise e a implementação sistemática da via subcutânea para administração de terapêutica. Esta prática levou-me ao questionamento, aprofundamento e pesquisa acerca da temática dado que trabalho num serviço de Medicina Interna onde muitas vezes me deparo com situações nas quais a via subcutânea se revela uma solução admirável. É reconhecido que o recurso às vias via intravenosa e intramuscular são mais invasivos e provocam mais sofrimento e ansiedade ao doente e família, assim como os custos que acarretam e as complicações que poderão advir, mas a via subcutânea é desconhecida para muitos profissionais de saúde, daí ser raramente utilizada, apesar das suas vantagens, (AZEVEDO e NUNES, 2009). Com um conhecimento aprofundado acerca da temática mobilizei conhecimentos e habilidades no sentido de elucidar, de forma fundamentada, os enfermeiros e médicos do meu serviço acerca das vantagens deste procedimento e fazer desta prática uma prática corrente e um subsídio importante para a melhoria dos cuidados prestados ao doente/família aí internados. Assim, desenvolvi competências a nível da administração de terapêutica via subcutânea, sendo esta uma das vias mais utilizadas nos doentes em fim de vida, (dado que, muitas das vezes não apresentam a via oral disponível, apresentam problemas de má absorção intestinal, ou o seu estado de consciência não permite deglutir, etc.), (PEREIRA, 2010). Esta aprendizagem foi muito importante para o meu crescimento profissional uma vez que me permitiu transferir esta prática para o meu contexto de cuidados, refletindo os conhecimentos adquiridos e as evidências científicas encontradas e partilhando esses mesmos conhecimentos no sentido do

autodesenvolvimento da equipa, em prol da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família em fim de vida.

Os termos “tratamento não farmacológico”, “terapias complementares” ou “terapias alternativas” designam uma abordagem não tradicional do alívio e controlo da dor. Não pretendendo substituir o tratamento farmacológico, mas sim atuar como complemento, os tratamentos não farmacológicos permitem aos profissionais de saúde intervir em pontos distintos ao longo das vias da dor e dos mecanismos psicossociais que modulam a experiência de dor. Nesta unidade de cuidados paliativos as medidas farmacológicas são as mais utilizadas para concretizar o controlo sintomático. Sendo eficazes estas medidas podem ser complementadas com intervenções não farmacológicas pois uma série de outros fatores, como o medo e ansiedade, podem exacerbar os sintomas (CARDOSO, 2011). Ao longo deste estágio desenvolvi conhecimentos e competências no âmbito de algumas terapêuticas não farmacológicas: massagem, musicoterapia e o “relaxamento mental e visualização de imagens mentais”, tendo estas sido implementadas em alguns dos doentes de quem cuidei, com bom resultado.

A massagem é uma das terapias complementares mais utilizadas, tem sido utilizada pelos enfermeiros, ao longo dos anos, para promover o conforto e aliviar a dor. KOLCABA (2003) enumerou algumas das vantagens na utilização da massagem como uma terapia alternativa holística: aumento da oxigenação dos tecidos, libertação de endorfinas, relaxamento físico e mental e sensação de bem-estar. A massagem constitui, provavelmente, a terapia não farmacológica mais familiar ao enfermeiro e também a mais simples e acessível, uma vez que utiliza como recurso os seus conhecimentos e o seu corpo (CARDOSO, 2011). Assim através da minha autoformação, desenvolvi conhecimentos e apliquei a massagem em alguns dos doentes de quem cuidei, tendo constatado uma diminuição da intensidade da dor e uma sensação de bem-estar e conforto percecionada e referida pelos doentes. A aplicação da massagem foi uma intervenção autónoma que utilizei no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e que vai ao encontro ao “Guia Orientador de Boas Práticas – Dor” da OE (2008) e a vários outros estudos incluindo o estudo de BECK (2009) referindo que, sendo a massagem parte integrante dos cuidados de enfermagem, esta é experimentada pelo doente como uma forma de se encontrar a si próprio, de dignificação, de recordação e boas memórias e do encontro da paz.

Foi-me possível desenvolver também a musicoterapia, em alguns dos doentes de quem cuidei, porque existem nos quartos da UCPHL, (que apresentam condições físicas de excelência no sentido de criar um ambiente harmonioso e confortável) equipamentos que permitem a reprodução de músicas tendo em conta o desejo dos doentes. A música é um recurso comum em cuidados paliativos visto que é extremamente eficiente no bem-estar e no controlo da dor (FRIDEMAN, 1978, HILLIARD, 2008). Esta permite ao doente alcançar momentos de *insight*, agindo como catalisadora de emoções profundas, podendo dar suporte à comunicação tanto verbal como não-verbal, (HILLIARD, 2008). O mesmo autor descreve o uso da música

considerando seu poder e/ou potencialidades terapêuticas e separa-as em áreas (física, psicológica, social e espiritual). Na área *física* observa-se que se pode alcançar o relaxamento muscular, diminuindo a percepção da dor e capacitando o doente a uma colaboração física dentro de suas possibilidades. Observei que alguns doentes, quando conscientes, fechavam os olhos para ouvirem as músicas. Outros suspiravam como se estivessem a descarregar, ou a colocar alguma coisa negativa para fora; doentes mais recetivos, esperançosos e/ou conformados em relação a doença, entusiasmavam-se cantando baixinho e alguns doentes alcançavam alguns momentos de sono. Na área *psicológica*, HILLIARD (2008) considera que a música atua na parte emocional do doente, contribuindo para o recuperar de sua autoestima, estimulando sua memória para memórias – que porventura tenham sido importantes e sirvam como referencial para o desenvolvimento da situação atual. A área *social* é fundamentada seguindo os parâmetros de aceitação social de expressão do *self*, um elo de ligação entre profissionais e familiares, passado e presente, através de estímulos de associação da mente. O mesmo autor refere ainda que a experiência musical proporciona conforto *espiritual* para os sentimentos, apoio nas dúvidas, na raiva, no medo e no perdão. Verifiquei que haviam doentes que se fechavam sobre si próprios, outros usufruíam da música como um “manto”, como uma força interior, um amparo ou um refúgio.

A outra terapêutica não farmacológica que desenvolvi foi o “relaxamento mental e visualização de imagens mentais”. A dor psíquica e a dor espiritual são reveladas pelo medo do sofrimento, pelo humor depressivo, pela tristeza, angústia e culpa, pelo medo da morte e pelas ideias pré-concebidas acerca do sentido da vida e da morte, (BARBOSA, 2010). Neste sentido, o “relaxamento mental e visualização de imagens mentais” teve como objetivos fundamentais: por um lado o alívio da dor, por outro lado atenuar ou eliminar a ansiedade, a dor e o sofrimento e ainda desenvolver nos doentes uma atitude de compreensão das suas dificuldades, dentro das suas motivações e dos seus conflitos, ELIAS (2006). Segundo a mesma autora objetivamos com esta intervenção recuperar a homeostase psicológica, visto que a homeostase física não é possível de ser recuperada dado que o doente se encontra em fase terminal.

Objetivamente desenvolver esta intervenção, permitiu-me desfocar o pensamento do doente da dor, do medo, da angústia e da culpa e focá-lo na serenidade, tranquilidade, beleza e paz, com o objetivo de recuperar a homeostasia psicológica. Ao trabalhar a dor nos doentes em fim de vida através do “relaxamento mental e visualização de imagens mentais” pude proporcionar-lhes a oportunidade de reencontrarem o sentido de esperança, o meu grande objetivo deste estágio. Ao dar significado à dor, à angústia, à ansiedade, ao sofrimento daquele doente, fortaleci os aspetos positivos da sua vida. Utilizei a visualização de imagens mentais, num cenário reconfortante sempre escolhido pelo doente, ainda que conduzido por mim. Foram “viagens imaginárias” que trouxeram ao doente paz e tranquilidade, bem-estar, conforto e proteção; realizei também a lembrança de vivências felizes anteriores que pesquisei previamente e que sugeri em momentos de “crise”. No sentido de focar o pensamento do

doente, numa época que representasse paz, alegria conforto; recorri ao acompanhamento de músicas, filmes e histórias significativas do seu caminho de vida bem como, a promoção de uma respiração lenta e profunda, diafragmática, sendo esta fundamental para atingir o estado de relaxamento mental. Ao concentrar-se na sua própria respiração o doente volta-se para o seu interior e estrutura uma frequência respiratória harmoniosa.

A utilização destas terapias não farmacológicas demonstrou-se benéfica no alívio sintomático. Os doentes demonstravam manifestações de relaxamento e conforto o que permitiu na prática reforçar os laços de confiança e atingir uma relação de maior empatia e envolvimento na relação enfermeira-doente. Este tipo de abordagem foi um enorme desafio, por vezes senti-me insegura e com medo de falhar e exigiu de mim a aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos bem como o desenvolvimento de competências relacionais com o doente e família. Ao longo deste percurso procurei conhecer a evidência científica disponível, as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas, bem como adequar estas intervenções considerando as preferências do doente e os objetivos a atingir. Assim tive oportunidade de ajudar o doente a reconhecer e a tipificar o desconforto e atribuir responsabilidade à própria pessoa na prossecução do seu bem-estar, esta atitude de orientação permitiu manter a sua autonomia e autodeterminação. Tive oportunidade de partilhar estas experiências com os enfermeiros da UCCPHL, nos momentos de passagem de turno e em conversas não estruturadas. Estes reconheceram a sua aplicabilidade, tendo demonstrado curiosidade e tendo alguns deles incorporado estas medidas na prática, de forma mais consciente. Penso que foi este meu olhar sobre o Outro fez a diferença no cuidar em fim de vida, e contribuiu quer na promoção da dignidade do doente, quer para a singularidade da minha conduta enquanto futura enfermeira especialista.

No sentido de dar um contributo para a melhoria da qualidade de cuidados no exercício da prática clínica dos enfermeiros da UCCPHL, realizei em conjunto com a minha colega Joana Fernandes a construção de um instrumento de registos para a catalogação/documentação dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. A sua execução baseou-se a uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem e por sugestão da enfermeira chefe, sugestão que desde logo aceitámos como um desafio tendo resultado na elaboração de um documento com cerca de 60 diagnósticos e respetivas intervenções em CIPE (Apêndice I). A realização deste trabalho teve em conta a minha experiência prévia com a CIPE e foi baseada na versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (CIPE 2.0) e no catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna. Este trabalho foi um trabalho moroso e laborioso mas que nos deu imensa satisfação pois irá servir de sustentáculo aos registos de enfermagem da UCCPHL, será um referencial, estando já no poder dos enfermeiros e técnicos que desenvolvem o sistema operativo informático Sorian ®, em funcionamento na UCCPHL. Conseguimos solucionar o desafio inicial, sendo capazes de integrar conhecimentos acerca da CIPE e transferi-los para a particularidade das práticas de cuidados desta unidade e assim

implementar um programa de melhoria e desenvolvimento da qualidade das práticas de enfermagem.

O apoio à família consubstanciou-se frequentemente nos momentos de reunião com os familiares, designados de “pontos de situação” e nas conferências familiares. Estes tiveram como objetivo oferecer um espaço para os familiares falarem sobre a doença e a morte, expressarem os seus sentimentos e emoções e foi-me possível aferir as suas expectativas, o planeamento da alta, o luto. Pude ajudar a família a desenvolver estratégias para lidar com a má notícia, com a incerteza, suportando as esperanças e orientá-los na conduta que poderiam oferecer ao seu doente nesta fase da vida. Os familiares têm necessidade de falar do seu próprio sofrimento perante o acompanhamento do doente em fim de vida, (BARBOSA, 2010). É para eles difícil de suportar, o que se torna claramente compreensível. Para que os familiares possam desenvolver um processo construtivo, compreendendo o processo, colaborando nos cuidados e eventualmente aceitando a morte eminente é imprescindível que lhe seja prestada toda a informação e esclarecimentos. Desenvolvi uma autêntica capacidade comunicativa, com o estabelecimento de uma relação empática, estando aberta aos problemas dos doentes, à sua percepção da situação vivenciada, captando o impacto que a doença provoca a nível emocional e adequando a informação ao doente/família, percebendo se a mensagem foi percebida. De todas as vezes que o realizei senti uma ligação muito próxima com estas pessoas, uma relação onde paira a confiança e a empatia. Eram pessoas que me procuravam mesmo quando não estava no serviço, que me abordavam no corredor para desabafar e me pediam para ir ao pé do seu familiar porque isso lhes dava segurança, o que me deu uma satisfação pessoal enorme e o espírito de missão cumprida. Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica utilizei os momentos de “pontos de situação” e as conferências familiares como espaços privilegiados para proceder à capacitação dos cuidadores informais para a resolução de problemas, através da promoção do autocuidado, da gestão dos sintomas e das intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Tive a oportunidade de preparar várias altas para o domicílio onde tive de demonstrar capacidade de incorporar na prática questões complexas, olhando para a singularidade de cada situação. Penso ter demonstrado conhecimentos e confiança, pois a informação por mim vinculada foi considerada pelo doente e família como proveitosa e fonte de segurança.

M.P. 51 anos, com neoplasia do pâncreas metastizada, internada por oclusão intestinal, apresenta dor, náuseas e vômitos persistentes, agora controlada encontra-se claramente a viver os seus últimos dias de vida. Esta senhora tinha um irmão com quem sempre tinha tido um relacionamento complicado. Este vivia na Venezuela mas estava a caminho de Lisboa para a visitar, para se despedir dela. Quando confrontada com a visita inesperada do irmão esta não o quis receber, manifestou-se ansiosa, com expressão não-verbal de raiva e revolta pela sua presença, diz que não quer que ele a veja nesta situação de debilidade. Ele e a mãe de ambos, sugerem-me que aplique sedação na senhora para ela estar a dormir e poderem entrar para a ver, refuta com tom de voz hostil que veio da Venezuela e que vai entrar. Procurei através de uma comunicação eficaz que esta senhora exprimisse os seus sentimentos e emoções no sentido de

desmontar a sua raiva e revolta e perceber se queria ou não de ver o irmão, se isso seria ou não importante para si, deixando-lhe tempo para refletir e ponderar. Ofereci-me para ser moderadora desta conversa, dado que tínhamos uma relação próxima e assim se sentiria mais segura. Mas a sua convicção manteve-se, agora receosa que de alguma forma a enganássemos, reforcei o compromisso do respeito, da verdade e do não abandono. Conversei com o senhor e, fiz-lhe algumas propostas de se despedir da irmã (escrever-lhe uma carta por exemplo) mas não o deixei entrar. De forma assertiva acompanhei-o ao elevador onde ficámos a conversar um bom bocado, tendo “desmontado” a sua agressividade e revolta e exteriorizado sentimentos de culpa e falta de integridade para com a irmã. Refleti em conjunto com a minha orientadora acerca da minha tomada de decisão e conduta perante a situação, da minha iniciativa e da forma como resolvi o problema, esta prontamente concordou e me congratulou por isso. Independentemente do contexto em que presto cuidados, independentemente do estrato social do doente que tenho à minha frente intervenho sempre de acordo com a ética da minha profissão, faço-o numa base objetiva de respeito pela pessoa doente, numa relação terapêutica que exige conhecimentos e competências para a satisfação das necessidades dos doentes. Foram fundamentais os conhecimentos e habilidades desenvolvidas na área da comunicação, tendo sido possível relacionar-me de forma terapêutica, com esta doente, no respeito pela “dignificação da morte”.

Foi desafiante o gerir das expectativas dos doentes e famílias, os mitos, as questões, os medos, as ideias pré-concebidas. São situações de vida vividas com sofrimento. Sofrimento que no doente é refletido por dor, angustia, medo, desespero, tristeza, falta de esperança, falta de força e vulnerabilidade e pela família pela impotência, isolamento...perda do sonho. Procurei responder adequadamente a estes aspetos, tendo em conta a singularidade de cada situação e penso que o tenha conseguido fazer de forma adequada. O meu percurso enquanto futura enfermeira especialista, tem-me levado a refletir *na* e *sobre* a prática de forma crítica e considero que uma resposta consciente e competente por parte dos profissionais de saúde permite ajudar o doente a manter a vida com significado até ao fim. Foi fulcral o conhecimento proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada para poder utilizar em cada momento um olhar crítico, no encontro das respostas que efetivamente foram geradoras de soluções para os problemas da prática.

A par da aquisição de competências, o que procurei ao longo deste estágio foi desenvolver o Cuidar, as suas implicações no estado do doente/família em fim de vida, apoiando-a solidariamente e de forma disponível. Para satisfazer as necessidades do doente em fim de vida tive a preocupação, sempre presente, de ajustar um padrão de comunicação à singularidade de cada situação. *“A comunicação é um processo (...) de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal (...) por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”*, (PHANEUF, 2005). A competência da comunicação com os doentes em fim de vida é um instrumento valioso para podermos concretizar o grande objetivo dos nossos cuidados – ajudar o Outro a morrer com dignidade e ao mesmo tempo possibilitar a reorganização da sua vida.

Comunicar *“envolve um conjunto de coisas simples que podem ser ditas e feitas, que asseguram aos doentes a oportunidade de apresentar os seus problemas, as suas preocupações e de explicar o que sentem”*, (QUERIDO, et al., 2010). A habilidade da comunicação pode ser ensinada e aprendida e são adquiridas competências como em qualquer outra técnica clínica (BUCKMAN, 2001). O valor da comunicação com o doente/família em fim de vida sobressai quando se reconhece que esta é a chave para acender e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Na minha perspetiva, mais importante do que transmitir a “má notícia”, devemos sustentar a “má notícia”, e é aqui que o enfermeiro tem um papel fulcral, tendo em conta todas as condicionantes que reserva uma “má notícia” no doente/família em fim de vida. Destaco a utilização da escuta ativa, capacidade de clarificação e feedback, respeito pelo doente, aceitação incondicional, compreensão empática e autenticidade. A linguagem não-verbal tem também um peso muito importante para uma comunicação eficaz, como por exemplo o toque e a postura. No caso das mensagens verbais e não verbais contraditórias, é o significado da mensagem não verbal que é retido, (PHANEUF, 2005).

Tive oportunidade de participar num Workshop com o tema “Psicoterapia centrada no sentido da vida” ministrado pelo Prof. Dr. William Breitbart, do *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NYC*, (Anexo I). O trabalho de Breitbart na área do doente em fim de vida é extraordinário e envolve o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas. Estas são destinadas a sustentar e melhorar o significado do bem-estar espiritual em doentes terminais, sendo que Breitbart apoia o seu meritório trabalho no modelo da Logoterapia de Victor Frankl. Frequentar este Workshop foi uma experiência muito compensadora no sentido do desenvolvimento de competências para a abordagem da esperança, no doente e família em fim de vida. Tive o privilégio de falar pessoalmente com Breitbart que considera a perda da esperança como um dos principais motivos para o desejo dos doentes em fim de vida acelerarem a morte, considerando o enfermeiro como um profissional notável no acompanhamento da esperança e no alívio do sofrimento do doente em fim de vida.

“Várias etapas marcam o processo relacional...Uma esperança comum ao doente e à enfermeira...Uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, da dor, do medo, da ansiedade, ou de outras emoções fonte de stress...Uma ajuda ao doente para aceitar um apoio social, emocional ou espiritual”, BENNER (2001), PIPE et al. (2008) vem dar relevo à importância da escuta, presença atenta, acompanhamento e encorajamento por parte dos enfermeiros, sendo os cuidados de enfermagem considerados influenciadores da qualidade de vida, bem como da capacidade dos doentes para enfrentar o fim de vida. O acompanhamento na esperança surge assim como uma competência fulcral incutida na prática dos cuidados ao doente em fim de vida e que tive o privilégio de desenvolver ao longo deste estágio. A natureza subjetiva complexa e multidimensional da esperança induz uma certa dificuldade na sua

avaliação e conseqüentemente na implementação de intervenções adequadas, sendo este fenómeno um obstáculo na resposta às necessidades do doente.

“A necessidade de proceder à sua avaliação tem incentivado a construção e a validação de instrumentos de mensuração, de entre os quais, escalas aplicadas nos estudos e programas de intervenção em esperança, em distintos domínios de intervenção”, CHAREPE (2011). Neste sentido utilizei a Escala de Esperança de Herth – Hearth Hope Index (HHI) que é um instrumento para avaliar a esperança do doente e que foi especialmente desenvolvido no contexto de final de vida (Anexo II). A utilização desta escala serviu-me de sustentáculo para planificar e elaborar intervenções individuais de esperança, conduzir as estratégias promotoras de esperança bem como suportar as esperanças do doente e compreender os aspetos individuais dessas mesmas esperanças.

Depois de aplicar a HHI as minhas intervenções promotoras de esperança foram baseadas no estudo de HERTH (1995), exposto na RSL apresentada no primeiro capítulo deste documento e que vimos apoiadas pelos mais recentes investigadores acerca do fenómeno, em que são mencionadas intervenções de enfermagem que permitem manter e redimensionar a esperança do doente em fim de vida: proporcionar alívio de sintomas; incentivar a expressão de emoções e sentimentos; facilitar o sentido de se encontrar “conectado” com os outros; ajudar a ver pequenas alegrias do presente, obter/relembrar ganhos possíveis; conhecer o seu objeto de esperança, identificar áreas específicas de esperança na vida; facilitar a exteriorização de crenças religiosas; estabelecer objetivos realistas, a curto prazo, rever objetivos; encorajar a partilha de experiências positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio; envolver o doente no seu próprio processo e na tomada de decisão; ter uma atitude positiva, usar um espírito de “gostar de viver”.

Fiz-me valer dos conhecimentos mobilizados e das competências desenvolvidas nomeadamente no âmbito das terapêuticas não farmacológicas e na comunicação com o doente/família e destaco: a identificação da esperança enquanto atributo pessoal nas pessoas de quem cuidei; a promoção da expressão de emoções, sentimentos e crenças espirituais, fulcral no estabelecimento de um caminho de relação extremamente interessante e distinto; ajuda na identificação/redefinição de objetos de esperança, aspeto que me deu um contentamento enorme, no caminho que construí com o doente; o reforço e a valorização da memória do passado para que o doente/família percebesse melhor o sentido de vida; promoção da esperança autêntica e realista afastando as falsas esperanças; programação com o doente/família de objetivos realistas, a curto prazo. Segundo KING, citada por TOMEY, (2004) um enfermeiro com conhecimentos e competências diferenciadas, comunicando de forma adequada com o doente, acompanha o estabelecimento de objetivos mútuos e a consecução desses mesmos objetivos.

Após aplicação inicial da HHI, delineei e utilizei então as intervenções promotoras de esperança acima citadas e, posteriormente apliquei novamente a HHI tendo-se verificado uma

melhoria no sentido da esperança. Neste contexto foram delineadas e utilizadas algumas estratégias singulares, nas quais considero ter desenvolvido treino e competência, o que me permitiu fazer da promoção de esperança uma tarefa desafiante, proporcionando ao doente um mecanismo de adaptação relevante que influísse no seu bem-estar físico, emocional e espiritual (QUERIDO, 2005).

No sentido de servir de guia orientador para a minha prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e, assim dando corpo ao trabalho realizado dentro desta temática, desenvolvi três estudos de caso relativamente às situações em que realizei a implementação prática da promoção de esperança no doente em fim de vida, (Apêndice II).

Um destes estudos de caso foi traduzido sob a forma de póster no sentido de divulgar perante os profissionais da UCPHL os resultados da evidência científica e incorporar na prática de cuidados a aplicação prática das estratégias promotoras de esperança nos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida (Apêndice III).

Redigi um artigo acerca das Estratégias de Promoção da Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida, o qual submeti à Revista Nursing Portuguesa em que foram apresentados os resultados de um estudo de caso em que a HHI permitiu demonstrar a eficácia da implementação prática dessas mesmas estratégias de promoção de esperança (Apêndice IV).

Com o objetivo de explanar a aplicação prática das estratégias promotoras de esperança no doente em fim de vida, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, participei ainda com uma Comunicação Oral no VI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem e Bioética (Apêndice V). Esta comunicação decorreu no dia 18 de julho de 2012, esteve inserida na mesa “*Fim de Vida*”, moderada pela Sra. Enfermeira Ana Paula Sapeta, e tinha como tema “*Estratégias De Promoção de Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida*” (Anexo III). A experiência de comunicar perante uma audiência tão diferenciada e distinta foi nova para mim tendo sido um pouco inquietante. Mas, e porque acredito verdadeiramente na importância da competência do enfermeiro na promoção de esperança do doente em fim de vida, e contando o apoio precioso e incondicional da Professora Marques da Gama, assumi o desafio, segura e convicta do saber e experiência que partilharia com a assistência. Apenas referir que foram salvaguardados os princípios éticos, o respeito e a privacidade do doente/família, tendo obtido os respetivos consentimentos (Anexo IV).

E porque a exposição deste relatório se trata de uma prática refletida importa referir que o caminho orientador foi aberto a vários contributos mas assumindo como fio orientador, a teoria de Jean Watson e de Joice Travelbee. A Teoria Do Cuidado Humano desenvolvida por WATSON está centrada no conceito de cuidar e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que transportam o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte, cuidado da sua própria alma

e do Ser que está sendo cuidado. WATSON (2002) refere que, uma relação transpessoal do cuidar requer uma forma destinta da relação de cuidar – uma união com outra Pessoa - elevada consideração pelo Todo da Pessoa e pelo seu Bem Estar-No-Mundo. Já TRAVELBEE no seu Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa refere que o processo da comunicação permite ao enfermeiro o estabelecimento de uma relação pessoa-a-pessoa, e desse modo cumprir o propósito da Enfermagem, (GAMEIRO, 2004). A pessoa pode ser ajudada a encontrar um sentido na experiência de doença e do sofrimento, estando implicados os valores éticos e espirituais do enfermeiro, assim, a relação enfermeiro-doente avança no sentido da Harmonia, fulcral no contexto dos cuidados paliativos. A Harmonia é caracterizada por ações de enfermagem que aliviam a angústia do doente. A enfermeira e a pessoa doente relacionam-se de Ser Humano para Ser Humano. A pessoa doente demonstra crença e confiança na enfermeira. “Uma enfermeira é capaz de criar Harmonia, porque possui conhecimento e as competências necessárias para auxiliar as pessoas doentes e porque é capaz de perceber, responder e aperciar a singularidade do Ser Humano doente”, (TOMY, 2004). Ao assumir na minha prática os contributos da teoria de Jean Watson e Joice Travelbee procurei empenhar-me para entrar e permanecer dentro do quadro de referência do Outro, reconhecendo o significado da sua vida até ali e consigo participar numa busca mútua de sentido e plenitude do momento de vida presente, potenciando simultaneamente medidas de conforto, controle da dor, sensação de plenitude e bem-estar, ou mesmo transcendência espiritual e de sofrimento. Os dez Fatores de Cuidar definidos na Teoria da Prática de Enfermagem de Jean Watson, estiveram inerentes na minha prática de cuidados, e foram transversais na relação estabelecida com os doentes/famílias, bem como na comunicação eficaz e na promoção de esperança. Pretendo continuar a valer-me da sua relevância na minha prestação de cuidados enquanto futura enfermeira especialista, independentemente do serviço onde estou ou onde poderei vir a estar num futuro breve.

Na tomada de decisão senti-me altamente influenciada (de forma consciente e inconsciente) por inúmeros fatores: conhecimentos no âmbito dos cuidados paliativos que aprofundei; toda a minha experiência passada; experiências recentes que vivencio no meu serviço e que permitem olhar o doente em fim de vida de outra perspetiva e que tanto me fascina; as minhas crenças e atitudes face ao valor da vida, a minha própria esperança; a rotina, a forma com “as coisas aqui são feitas”; fatores relacionados com as circunstâncias clínicas dos doentes, as suas expectativas, atitudes, preocupações, valores, necessidades; fatores relacionados com a política organizacional. Procurei sempre e de forma humilde e competente utilizar o pensamento crítico e o julgamento adequado face a particularidade de cada situação e penso que consegui superar os obstáculos e os desafios marcando pela diferença, em situações complexas, com a competência que me é exigida como futura enfermeira especialista.

Penso que soube ocupar um lugar no seio desta equipa, a sua operacionalização treinada fez-me inicialmente vacilar, tornando-se depois um determinante na descoberta do “fazer” e “como fazer” em Cuidados Paliativos...imperou a vontade de “chegar” ao Outro, mesmo que tenha

sido difícil, mesmo que não resultasse à primeira, a intensão de primar pela excelência de cuidados, por acreditar que estamos lá, apenas, porque o Outro vale verdadeiramente a pena.

Com os conhecimentos e as competências que desenvolvi ao longo deste estágio tenho conseguido contribuir para a minha prática, no meu serviço, Medicina Interna, nos meus doentes. Tem sido possível mobilizar os profissionais no sentido da construção de um quadro de reflexão e de mudança de atitudes, em equipa, sendo que somos diariamente confrontados com pessoas com doenças terminais, progressivas e incuráveis. Implementei em várias situações ações paliativas, que trago como precioso subsídio da UCCPHL, sendo estas atualmente desenvolvidas como prática corrente no meu dia a dia. Se para isso tive de me fundamentar do ponto de vista de conhecimentos científicos no sentido de estar segura e ser respeitada, neste momento sou reconhecida pelos meus pares como elemento de referência, e considero o meu saber uma competência adquirida, um pilar importante na mudança de comportamentos em função de cuidar o Outro com dignidade, espelhando assim, que as enfermeiras peritas não são difíceis de reconhecer porque dão opiniões clínicas e gerem situações de uma forma diferenciada, (BENNER, 2001, p. 56).

No início deste ano letivo (2012/2013) fui convidada pela Professora Marques da Gama a participar na Unidade Curricular de Enfermagem em Fim de Vida, partilhando com os colegas a minha experiência no Estágio dos Cuidados Paliativos o que foi muito positivo pois foi uma forma de refletir acerca do meu percurso e aludir às competências desenvolvidas que como enfermeira especialista podem fazer a diferença no cuidar em fim de vida.

2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

*“Sei que o único mal insuportável é a desesperança”
Jean Proal*

O Serviço de Urgência (SU) caracteriza-se por lidar com situações súbitas de grande complexidade e gravidade, cuja resposta atempada e eficaz é decisiva para a vida da pessoa sendo um espaço privilegiado no atendimento ao doente em situação crítica. SHEEHY (2001), refere que a enfermagem de urgência se apoia na prestação de cuidados a doentes em todos os grupos etários que apresentem alterações de saúde física ou psicológica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Também ALEIXO (2007, p.3) postula que *“o doente de alto risco é aquele cuja vida está ameaçada por complicações que podem surgir em resultado de uma afeção, levando à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados imediatos e diferenciados, além da observação contínua para detetar e prevenir precocemente as complicações”*. A solução para estas situações pode implicar simplesmente cuidados mínimos ou, por outro lado a implementação de manobras de reanimação e de medidas para salvar vidas. Paralelamente, tem-se constatado que a afluência

dos doentes com doenças incuráveis, de evolução prolongada e muitas vezes terminais, são uma realidade, cada vez mais frequente no serviço de urgência. Cerca de 10% dos episódios do SU são de doentes que necessitam de cuidados paliativos, (WIESE, 2009). Num estadio de doença avançada a pessoa é confrontada com situações agudas como dispneia, convulsões, hemorragia e exacerbação da dor, sendo situações consideradas emergências paliativas (GONÇALVES e OLIVEIRA, 2010), e que justificam habitualmente o recurso ao SU. Assim, os doentes e acompanhantes que aqui recorrem, em situação de vulnerabilidade física e psicológica, causadas pela evolução prolongada da doença, revelam inevitavelmente, sofrimento. O desgaste psicológico da família, a falta de apoio de enfermagem no domicílio e a ausência de equipamentos são as justificações mais comuns para as admissões hospitalares (VEIGA, 2009).

O serviço de urgência era pouco familiar para mim e o início deste período de estágio foi marcado por grande ansiedade e medo do desconhecido, mas desde há muito que o considerava curioso, tendo em conta toda aquela impulsionante dinâmica. Realizar estágio no SU foi, desde o início, considerado como um potencial de aprendizagem e desenvolvimento de competências, por um lado devido à minha inexperiência na área, mas por outro, tendo presente a energia e a dinâmica determinantes de um serviço desta natureza.

A minha opção pelo Serviço de Urgência (SU) Central do Hospital de Santa Maria (HSM) – CHLN - deveu-se ao facto de se tratar de um serviço de referência, que me daria a possibilidade de prestar cuidados ao doente vítima de grande trauma, com patologia médica e cirúrgica em situação crítica. Sendo a minha área de interesse ao longo do tempo relacionada com a prestação de cuidados ao doente em fim de vida, senti a realização deste estágio como um enorme desafio, uma forma de arriscar, “abrir horizontes”, conhecer outras realidades e ter outras perspetivas dos cuidados de enfermagem, possibilitando assim crescer em termos profissionais e pessoais.

O HSM é um estabelecimento universitário de referência, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Sendo o SU um serviço polivalente, este encontra-se dotado de recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta de nível diferenciado a situações de urgência/emergência. Esta unidade encontra-se localizada estrategicamente no edifício central da instituição, está dividida por vários setores de atuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade e necessidade de tratamento:

- Área para a realização de triagem em que é utilizado o Sistema Triagem de Manchester (desde 2003). A triagem dos doentes é feita pelos enfermeiros, sendo estes posteriormente encaminhados para os diferentes setores de atendimento consoante o seu grau de prioridade atribuído.

- Duas salas de reanimação: preparadas para receber doentes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes. Estas estão equipadas com os meios de diagnóstico, de

monitorização hemodinâmica e ventilação assistida, sendo os meios existentes fundamentais para a abordagem do doente crítico, nomeadamente no doente vítima de grande trauma;

- O SO: tem 16 unidades apetrechadas com equipamento de monitorização hemodinâmica, não tendo capacidade para doentes sob ventilação mecânica invasiva, compreende no entanto e muito frequentemente doentes sob ventilação não invasiva;

- Gabinetes de atendimento de ambulatório: salas de tratamentos 1 e 2; Sala para aerossoloterapia; Pequena cirurgia, Sala para colocação de gesso e observação de monotrauma ortopédico.

Cada uma das 5 equipas de enfermagem é composta cerca de 15 elementos. Um dos enfermeiros assume a coordenação dos cuidados, tendo também como responsabilidade a supervisão dos assistentes operacionais pertencentes a cada uma das equipas. Outros profissionais que fazem parte do serviço de urgência são os médicos das diferentes especialidades, os técnicos de serviço social, os técnicos de laboratório, de radiologia e de cardiopneumologia.

Uma equipa jovem e dinâmica constitui a equipa de enfermagem do SU do HSM. Sendo uma equipa que espelha maturidade, um espírito de grupo e interajuda exemplar, estes fatores foram determinantes e facilitadores no meu processo de integração. Tendo em conta a elevada afluência de doentes ao serviço de urgência, e a gravidade das situações vivenciadas, a comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar desenrolam-se de forma eficaz e eficiente no sentido de uma elevada articulação entre todos os intervenientes e em toda a trajetória de cuidados ao doente crítico. Dando relevo ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e de acordo com as respetivas qualificações, a prestação de cuidados de enfermagem evolve intervenções interdependentes (onde apesar de iniciadas pela prescrição de outros técnicos da equipa, o enfermeiro assume a responsabilidade pela implementação) e autónomas (sob a única e exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro), REPE (DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril), o que implica o domínio de conhecimentos teóricos e práticos, a capacidade de liderança, responsabilidade profissional, tomada de decisão fundamentada, e comunicação eficaz entre o enfermeiro e os elementos da equipa, (em que está implicitamente incluindo o doente/família). Apesar de terem vindo a ser referenciadas ao longo deste documento e de serem transversais aos cuidados de enfermagem em todos os contextos da prática, venho abordar as intervenções interdependentes e principalmente as intervenções autónomas, no contexto do SU, tendo em conta a relevância que um enfermeiro com competências diferenciadas representa, em termos de ganhos para saúde e da qualidade dos cuidados, nas circunstâncias que caracterizam o maior SU do país.

Pela certificação das competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e

atuar em todos os contextos da vida das pessoas, (OE, 2010). Tendo em conta as minhas necessidades de formação e de aquisição de competências no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, inclui na trajetória deste estágio, um aprimoramento não apenas teórico, mas conjugado com a prática, no cuidado ao doente em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na promoção da esperança e na comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o doente/família.

Assim, e tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, OE (2010), aquando da realização do projeto de estágio emergiram os objetivos que desenvolvi, sendo o objetivo geral: Desenvolver as competências de enfermeiro especialista, na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, particularmente dirigido para o doente em situação crítica e/ou falência orgânica.

Os objetivos específicos foram:

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com o doente/família, dando relevo ao papel do enfermeiro na inspiração da esperança ao doente/família em situação crítica.

Inicialmente pretendi conhecer a estrutura do serviço de urgência do CHLN – HSM, de modo a inteirar-me do funcionamento e dinâmica. Tendo em conta a minha experiência profissional e os meus objetivos de estágio e após reunião com o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora defini o meu percurso passando pela triagem e sala de tratamentos 1, e permanecendo na sala de reanimação e SO onde poderia prestar cuidados dirigidos aos meus objetivos específicos no sentido otimização da aprendizagem e da aquisição de competências.

No ambiente do SU o tecnicismo assume um papel relevante na prestação de cuidados e o imediatismo das intervenções torna-se um aspeto fulcral e determinante. A interação enfermeiro/doente é feita muitas vezes num encontro pontual. Para alguns doentes a admissão hospitalar assinala um momento de rutura face a vida quotidiana, transportando-os para um acontecimento simultaneamente estranho e assustador. Os doentes encontram-se receosos perante o desconhecido - ambiente e profissionais - e sentem-se fragilizados, reagindo por vezes com reconhecimento para com a equipa, mas muitas vezes com hostilidade. A passagem, repentina e inesperada, de um estado de saúde plena à proximidade com a morte vem afetar o equilíbrio emocional dos doentes e famílias, os quais, por vezes, se expressam por agressões físicas e verbais, demonstrando revolta e insatisfação contra as políticas de saúde encontrando no enfermeiro o seu representante e o responsável.

Para além das situações críticas que caracterizam o trabalho dos enfermeiros do SU, pude compreender o cenário que muitas vezes este trabalho representa: o verdadeiro espelho da

situação de indignação da sociedade. Pessoas agredidas, baleadas, com tentativas de suicídio, vítimas de grande trauma, vítimas da doença, da adversidade e do infortúnio. Muitas vezes vivenciei a tensão particular deste ambiente de trabalho, ambiente que eu desconhecia, que foi novo para mim mas que é o ambiente no qual estes meus pares vivem diariamente.

Particpei com a enfermeira orientadora no setor da Triagem onde tive oportunidade de conhecer, ainda que de forma sumária, o protocolo de Triagem de Manchester e assim classificar a gravidade da situação clínica de cada doente que recorre ao serviço de urgência. O sistema de triagem de Manchester tem como objetivo garantir que os doentes sejam observados com base na avaliação dos sintomas presentes em situações de emergência, urgência ou menor urgência para o qual os enfermeiros são treinados e fazem formação específica. Este é um sistema de cinco níveis traduzidos por cores, com cinquenta e dois fluxogramas e seis discriminadores (risco de vida, dor, hemorragia, rapidez de instalação, nível de consciência, temperatura). Observei, questionei e tomei em consideração as situações vivenciadas pelos doentes e acompanhantes, os sentimentos e as emoções que transmitem, partilham e ressaltam, não só pelo seu relato mas sobretudo pelas suas expressões não-verbais de incerteza, vulnerabilidade, sofrimento e por vezes desesperança. Depois do doente ser submetido a uma observação prévia e ser encaminhado para a sala de espera da cor a que correspondesse o seu grau de gravidade, tive sempre o cuidado, e tendo em conta a singularidade da situação, dar uma palavra de conforto no sentido de contribuir para o aumento da sua capacidade para lidar com a situação de crise, pois tal como refere RIBEIRO (2012), ao desconforto de estar doente sobrevém o stress da hospitalização o que leva a vivências de mal-estar, medos e ambivalências.

Tive oportunidade de prestar cuidados ao doente emergente e urgente, na sala de reanimação e no SO, tendo em conta uma panóplia de situações de saúde complexas (doente queimado grave, emergências cirúrgicas, cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, hematológicas, psiquiátricas) em que a intervenção do enfermeiro se exige precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Foi relevante o processo de autoformação através de pesquisa bibliográfica (manuais e artigos científicos), foi importante o reconhecimento dos conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso, mas, foi fulcral e elementar a cooperação e disponibilidade demonstrada quer pela enfermeira orientadora quer pelos restantes colegas da equipa, permitindo-me desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Para tal desenvolvi a capacidade de observação sistemática no sentido de prever e detetar precocemente as complicações e de conhecer, continuamente, a situação do doente/família alvo de cuidados. Tive oportunidade de responder atempadamente de forma eficiente e eficaz, executar cuidados técnicos de alta complexidade, nomeadamente ao doente vítima de grande trauma, ventilado e em situação crítica.

Ao longo deste estágio tive oportunidade de desenvolver competências, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, no diagnóstico precoce das possíveis complicações, na implementação de respostas de enfermagem apropriadas e na avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados. As situações críticas mais marcantes foram vivenciadas nas salas de reanimação e trauma, em doentes na sua grande maioria trazidos pelo Instituto de Emergência Médica (INEM), em que aquando da admissão na sala de reanimação era prioritário proceder à monitorização, conectar a ventilador, verificar permeabilidade dos acessos venosos e das drenagens, proceder à estabilização cervical e realizar possíveis imobilizações provisórias, alocando os recursos às necessidades dos doentes. O conhecimento dos algoritmos de atuação foi essencial, e venho corroborar com O Conselho Português de Ressuscitação, (2010) que refere ser essencial para além de conhecer os procedimentos, treino para responder de forma eficiente e eficaz a estas situações.

No decorrer do estágio foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados ao doente vítima de grande trauma. Esta avaliação realizada de forma organizada e sistemática procura garantir que as lesões não passem despercebidas e que as prioridades sejam corretamente estabelecidas dadas as implicações reais de cada lesão. É fulcral para o reconhecimento de situações de risco de vida, permitindo a identificação de lesões e determinação das prioridades nos cuidados, baseados nos achados da avaliação, sendo dividida em duas fases: avaliação primária e avaliação secundária (WILKINSON E SKINNER, 2000). Ambas podem ser realizadas num curto espaço de tempo, sendo apenas interrompidas quando necessárias manobras de reanimação. Assim, no trajeto do meu estágio no SU do HSM tive oportunidade de prestar cuidados técnicos de alta complexidade a doentes vítimas de grande trauma com o objetivo de avaliar as necessidades de cuidados, identificando prontamente focos de instabilidade, estabelecendo prioridades, despiste e prevenção precoce de lesões que possam colocar em risco a vida do doente.

F.A., 47 anos, vítima de atropelamento, etilizado, transferido do Hospital de Santarém por TCE, traumatismo abdominal e traumatismo do membro inferior esquerdo. Realiza EAD à entrada no SU e é-lhe diagnosticado hematoma sub-dural, hemorragia subaracnoideia, fratura parietal e temporal à dta, fratura da tíbia e perónio esq, fratura de arcos costais (6º ao 9º) à esq. Com múltiplas imobilizações, sedado e ventilado, Glasgow 7, mal adaptado ao modo ventilatório e com períodos de agitação. Instável do ponto de vista hemodinâmico, com necessidade de várias perfusões contínuas e administração de componentes sanguíneos. Tendo em conta as oportunidades de aprendizagem evidentes tomei iniciativa de ficar responsável por este doente. Com conhecimento da enfermeira orientadora comuniquei com a equipa médica, sugeri (tendo em conta a minha experiência profissional anterior e os conhecimentos aprofundados ao longo do curso) de forma fundamentada a mudança de modo ventilatório e a otimização de alguns dos fármacos em curso, tendo sido possível, através de uma metodologia de trabalho eficaz e de uma monitorização sistemática a estabilização da situação clínica do doente. Consegui demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados ao doente crítico, reagindo com competência às necessidades específicas deste doente.

N.L. 54 anos, vítima de queda de 3 metros, agressão por arma branca e tentativa de estrangulamento. Dá entrada na sala de reanimação trazida pelo INEM com quadro de choque hipovolémico, apresentava feridas profundas a nível da face e crâneo, hematomas peri-orbitários e epicraneano. Tive oportunidade de participar de forma ativa e adequada na equipa multidisciplinar que, atempadamente, socorreu esta senhora. Liderei a equipa na implementação de medidas de estabilização (colar cervical e plano duro). Mantendo instabilidade hemodinâmica, faz PCR e foram iniciadas manobras de reanimação, tendo a minha presença sido eficiente e atuado em tempo útil no seio desta equipa, demonstrando conhecimentos e habilidades em SAV e fazendo cumprir o algoritmo. Foi possível estabilizar a situação e passadas umas horas foi transferida para o SO.

O atendimento ao doente vítima de grande trauma requiere uma avaliação rápida e sistemática das lesões, com imediata instituição de medidas terapêuticas de suporte (estabilização e imobilização). As situações de grande trauma foram desafiantes e inicialmente complexas em termos de participação autónoma, por ser uma área em que eu apresentava pouca experiência, mas apoiada na pesquisa bibliográfica e na observação participativa e com a segurança que a enfermeira orientadora me transmitia, penso que soube ocupar um lugar no seio desta equipa, tendo conquistado de forma gradual, a confiança necessária para lidar com situações de tal delicadeza. A prestação de cuidados neste domínio permitiu-me desenvolver capacidades relacionadas com o “*saber fazer*”, nomeadamente a mobilização e transferência do doente, os cuidados imediatos (com vista à manutenção das funções vitais, minimizando as sequelas) e o seu encaminhamento, mas também com o “*saber ser*”, através das interações com os doentes e também com as famílias que nestas situações se encontram numa enorme fragilidade emocional.

Sendo o SU do HSM, o maior serviço de urgência do país, recebe em diversas situações doentes em estado crítico, potenciais dadores de órgãos. Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente potencial dador, para tal foi essencial instruir-me acerca da legislação relacionada com esta prática, considerando a ética e legislação sobre a morte cerebral e os conhecimentos sobre os direitos humanos, bem como os aspetos culturais, psicológicos e religiosos envolvidos. Os primeiros critérios de morte cerebral foram publicados em 1968, sendo denominados critérios de Harvard, onde se define “coma irreversível” como a ausência de atividade do sistema nervoso central (SOARES, 2004). Assim, considera-se Morte Cerebral como uma perda definitiva e irreversível das funções cerebrais, sendo o diagnóstico baseado em demonstrar a cessação e irreversibilidade das funções vitais do tronco cerebral (CRUZ, 2004). Portugal adotou como critério a morte do tronco cerebral, que vem sendo aplicada desde 1994. O aparecimento do conceito de morte cerebral, suscitou novos e complexos dilemas éticos, que têm sido motivo de controvérsia, pois embora a comunidade científica tenha aceite o diagnóstico de morte cerebral como sendo a morte da pessoa humana, nunca houve uma aceitação generalizada deste conceito, como o demonstra a literatura científica publicada regularmente sobre este tema, (CRUZ, 2004). O conceito de morte cerebral, constitui uma entidade clínica que resultou do desenvolvimento das técnicas de reanimação e do advento de novas tecnologias, com destaque para a ventilação assistida.

Contudo, levanta questões éticas determinantes dadas as suas implicações, e que são profundamente debatidas, com base nos princípios e valores da bioética. Incluem o princípio do respeito pela autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência e o princípio da justiça, são propostos por Tom Beauchamp e James Childress e são descritos no sub-capítulo anterior no contexto do doente em fim de vida. Tendo em conta as questões relacionadas com a Morte Cerebral, estes princípios são reconhecidos pela bioética internacional com uma relevância fulcral na resolução de dilemas éticos, (SOARES, 2004).

L.A. 40 anos, encontrado caído na via pública, helitransportado do Hospital de Caldas da Rainha pelo INEM, entra na sala de reanimação com Glasgow 3, entubado, ventilado, pupilas mióticas, assumi a responsabilidade deste doente fazendo cumprir a adequação dos conhecimentos e procedimentos à complexidade da situação, acompanhei o doente na realização do TAC, tendo este revelado hematoma sub-dural muito extenso com “encravamento” do tronco. Não se conhecia a história pessoal nem familiar deste doente, pelo que se pediu cooperação à polícia para descobrir a sua identificação e a sua família. No regresso à sala de reanimação é observado pela equipa de neurologia e é-lhe diagnosticada “morte cerebral”. Iríamos manter aquele doente vivo para a realização de doação de órgãos. Prestar cuidados a este doente foi uma experiência nova para mim, confiava plenamente na competência dos profissionais presentes mas enquanto as pessoas circulavam na sala com naturalidade, o meu pensamento era invadido por questões e dúvidas do foro ético e deontológico, e estava tão focada no que estava a viver que tive de me obrigar a reagir e a atuar. Na verdade fiquei a pensar nesta situação durante algum tempo, acerca da facilidade com que se faz um diagnóstico destes, desconhecia, acerca do valor da vida humana, de todos nós...

Atualmente, urge que a Enfermagem discuta e avalie sua prática não apenas sob o enfoque deontológico, mas também à luz da ética aplicada (Bioética), lembrando que a enfermagem é uma ciência na qual o foco é o respeito pela dignidade da pessoa desde o início da vida até a morte. Enquanto enfermeira responsável pelos cuidados ao doente potencial dador fui invadida por emoções e sentimentos profundos como a impotência, angústia e insegurança, sendo que nunca me tinha confrontado com situações deste foro, situações de elevada delicadeza emocional, que me levaram a uma reflexão profunda e que destaco como fulcral o cuidado na abordagem e no respeito para com a família e a pessoa falecida, tanto no caso de colheita de órgãos para o transplante, como no encaminhamento do corpo após o óbito.

Realizei por diversas ocasiões transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar do doente crítico, em situações de grande instabilidade e vulnerabilidade, tendo tido oportunidade de participar de forma ativa desde o planeamento das transferências até ao efetivar do transporte. Foram levadas a cabo as recomendações emanadas pela ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) e pelas GUIDELINES FOR THE INTER AND INTRAHOSPITALAR TRANSPORT OF CRITICALLY ILL PATIENTS, (WARREN, 2004) e desenvolvi competências técnicas, promovendo o transporte calmo, seguro e a vigilância contínua do doente. Foram fundamentais, o planeamento, a organização e o conhecimento da

situação clínica do doente, no sentido de evitar as complicações e os imprevistos decorrentes da situação de instabilidade.

M.F., 52 anos, marido dependente de si nas AVD'S, sem AP conhecidos, trazida pelo INEM por cefaleia súbita à esquerda com perda de conhecimento, vinha entubada e ventilada, segue protocolo de via verde AVC, faz TAC de urgência e é-lhe diagnosticado AVC da AVB à esquerda. Realiza trombólise com actilyse, mantém instabilidade hemodinâmica mas apresenta franca melhoria dos deficits motores pelo que se decide, após discussão dos benefícios e malefícios, transportar até ao HSJ para a realização de angiografia e trombectomia, que realizou sem intercorrências. Estávamos todos esperançosos (quer nós próprios, quer a equipa de neurocirurgia e do SU do HSJ) de que esta senhora iria superar esta situação com sucesso mas no transporte de regresso, e apesar dos procedimentos escrupulosos no transporte do doente crítico, a doente apresenta agravamento súbito das suas funções vitais, com necessidade de intervenção imediata, tendo eu tido autonomia e adequando as intervenções de enfermagem à complexidade da situação. Esta senhora tinha sofrido um AVC hemorrágico extenso e até finalizar o meu estágio ficou internada no SMI, ventilada e em coma.

Experimentei algum stress e inquietação, relacionados com a imprevisibilidade dos acontecimentos no entanto, com exceção da situação descrita, os sentimentos vividos no decurso da experiência de transportar doentes críticos foram marcantes e grandemente positivos. Tive oportunidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade, dirigidos ao doente em situação crítica, implementando respostas apropriadas, desenvolvendo uma metodologia de trabalho em equipa multidisciplinar, eficaz e fundamentada pelos conhecimentos adquiridos e solidificados ao longo do curso. No transporte intra-hospitalar do doente, a minha maior dificuldade prendeu-se com o facto de desconhecer os elevadores/locais onde se encontravam os serviços, no entanto tive oportunidade, e sempre acompanhada pelo enfermeiro responsável pelas transferências dos doentes, de organizar os recursos humanos e equipamentos necessários à segurança do doente (monitor de transporte, material de intubação, mala de transporte com a medicação de urgência, oxigénio) e do profissionais (equipamentos de proteção individuais), norteando a minha atuação pelo princípio de que *“o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas”* (ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS 2008, p. 13).

O serviço de urgência é um espaço privilegiado na abordagem ao doente com necessidade de Ventilação Assistida: seja ventilação mecânica invasiva (VMI) e/ou ventilação não invasiva (VNI). Este procedimento, aplicado no doente em situação crítica, exige rapidez na ação, procedimentos perfeitos, domínio alargado e aprofundado do conhecimento bem como capacidade de observação, antecipação e análise das situações. Tendo em conta a minha experiência com doentes sob ventilação assistida (VMI e VNI) no Serviço de Insuficiência Respiratória do HPV, tive oportunidade de partilhar com os colegas, em conversas não

estruturadas, conhecimentos, experiências e aspetos práticos, de forma a otimizar a qualidade da assistência na ventilação ao doente de alto/médio risco. Identifiquei como necessidade para os enfermeiros do serviço de urgência o rever e aprofundar conhecimentos acerca da temática, tendo inicialmente ponderado a realização de uma ação de formação sobre VNI, mas tendo posteriormente optado pela VMI, dado ter identificado que esta era uma necessidade mais representativa e abrangente de toda a equipa.

Assim, foi-me dada a oportunidade de promover o desenvolvimento pessoal dos enfermeiros através da realização de uma ação de formação em serviço e na elaboração de um manual com conceitos e informação pertinente acerca da temática (Definição, Indicações, Parâmetros Ventilatórios, Modalidades Ventilatórias, Cuidados de Enfermagem ao Doente Ventilado) que distribuí pelos enfermeiros do serviço (Apêndice VI). Sempre que estava na sala de reanimação os colegas procuravam-me no sentido de pedir esclarecimentos pontuais de dúvidas acerca da temática, tendo tido oportunidade de partilhar os meus conhecimentos e competências em momentos de conversas não estruturadas. Efetuei o planeamento da ação de formação (Apêndice VII) e fiz a sua divulgação através da afixação de um cartaz no serviço (Apêndice VIII). A sessão formativa decorreu no dia 27 de outubro e foram apresentados conceitos, objetivos, parâmetros ventilatórios, modalidades ventilatórias, cuidados de enfermagem ao doente ventilado, bem como a aplicabilidade prática no ventilador SERVO 900C (Apêndice IX).

Nesta sessão formativa fui obrigada a demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos acerca da VMI, bem como a capacidade de interrelacionar conceitos, dar respostas e ter consciência crítica para os problemas reais da prática de VMI em emergência, no contexto da sala de reanimação deste hospital. Estiveram presentes cerca de 26 enfermeiros e a formação foi considerada pelos colegas como criativa, fundamentada, clara e pertinente para a sua prática, tendo a avaliação da formação sido muito positiva (Apêndice X).

Contribuí no cumprimento dos protocolos Via Verde AVC e Via Verde Sépsis conhecendo os passos que constituem estes dois protocolos, estando desperta e tendo presente a importância do atendimento atempado para cada uma das situações. Estes são protocolos de atuação que visam o acesso rápido aos cuidados necessários, após a identificação de sinais e sintomas suspeitos de AVC ou Sépsis, sendo que a sua implementação permite uma rápida orientação e encaminhamento, possibilita uma intervenção mais eficaz, bem como a adoção de medidas terapêuticas que reduzem as consequências da situação de doença (AVC ou Sépsis).

Uma competência largamente desenvolvida ao longo do estágio foi a gestão de prioridades...que descobri ter um significado especial em situação de urgência/emergência. Uma participação ativa nos cuidados permitiu estabelecer prioridades de atuação na assistência de enfermagem ao doente crítico e possibilitou a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos na área médico-cirúrgica, tendo espelhado a capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de reagir perante

situações imprevistas e complexas, tomar decisões fundamentadas, desenvolver o pensamento crítico, formular e analisar questões complexas relacionadas com a situação vivida, ser autónoma, crítica, criativa e proactiva nos cuidados prestados.

Um interessante artigo acerca das intervenções de enfermagem ao doente em fim de vida, evidencia uma valorização crescente por parte dos enfermeiros relativamente ao conforto, à comunicação e ao acompanhamento da família no contexto do serviço de urgência (VEIGA, 2009), no entanto ao longo deste meu estágio verifiquei que os enfermeiros evitam o assunto “morte” e sobrevalorizam as intervenções técnicas, sendo que na maioria dos casos não se estabelece uma relação de ajuda com o doente/família em fim de vida. Neste sentido, e tendo como referência os conhecimentos e competências adquiridas e aprofundadas no estágio anterior, tive oportunidade de por diversas vezes e nos diferentes contextos (sala de reanimação, SO) desenvolver algumas ações paliativas (nomeadamente em termos de controle sintomático) e acompanhar a família do doente em fim de vida.

As intervenções no sentido do alívio sintomático, nomeadamente nas situações de emergência em cuidados paliativos, prenderam-se com a implementação de terapêutica adequada em termos de via de administração, dose e indicação (GONÇALVES e OLIVEIRA, 2010). Sendo a administração de terapêutica uma intervenção interdependente, não posso deixar de referir que foi extremamente facilitador o facto de alguns dos médicos que fazem serviço na urgência serem os mesmos com quem trabalho e/ou com quem já trabalhei no HPV, e que me ouvem, respeitam e reconhecem enquanto enfermeira que procura, continuamente e de forma fundamentada, a excelência dos cuidados prestados ao doente e o valor da dignidade humana. Inicialmente notei alguma relutância por parte de alguns colegas, que negavam à partida determinado tipo de intervenção (ex: hipodermoclise e terapêutica SC) mas, através de uma comunicação adequada e de um discurso fundamentado consegui fazê-los ver os benefícios e pus-lhes em consideração a necessidade de refletir acerca das diferentes perspetivas do cuidar.

D.O. 89 anos, transportado pelo INEM, AP conhecidos de neoplasia extensa a nível do pâncreas com carcinomatose peritoneal e metastização óssea e cerebral, muito emagrecido, expressão facial de sofrimento e extremamente debilitado, vinha acompanhado pela filha e pela esposa também idosa. Dá entada no SO prostrado, bradipneico, bradicárdico e com livores nos membros inferiores – encontrava-se em fase agónica. Enquanto monitorizava o doente partilhei com a equipa multidisciplinar, de forma segura, crítica e fundamentada, que nesta situação a morte seria inevitável e que a nossa abordagem deveria ser no sentido da promoção do conforto, oferecendo ao Sr. D.O. uma morte serena dentro do possível. Penso que mantive uma atitude assertiva, levando as pessoas presentes à reflexão, as pessoas pararam (tentar puncionar, tentar colher sangue), e ponderaram, e refletimos juntos, puncionei um acesso SC e foi administrada a terapêutica adequada. Sugeri deixar entrar a filha e a esposa e insisti que este momento era um momento em família, mas como no meio daquela dinâmica? Sugeri à minha orientadora mudar a cama de sítio, para um local mais resguardado do SO e fechar as cortinas para lhes dar privacidade, com sua aprovação deixei as senhoras entrarem tendo estas ficado muito sensibilizadas e agradecidas. Acompanhei-as neste processo tendo o meu comportamento sido de disponibilidade,

interesse, compreensão e empatia. Através das palavras de conforto, do silêncio, estive com estas pessoas, numa relação de ajuda.

Mais de uma vez, recebi doentes em fase agónia na sala de reanimação e no SO, e penso que consegui mobilizar alguns enfermeiros para este olhar diferente sobre o cuidar, partilhei artigos científicos acerca da temática, partilhei situações reais da minha experiência profissional, e agora com o contributo das aprendizagens adquiridas ao longo do curso, quer em momentos de passagem de ocorrências, quer em conversas não estruturadas e quero acreditar que este meu contributo foi importante na melhoria da qualidade e na dignificação do doente em fim de vida. WIESE (2009) vem corroborar com esta afirmação referindo que os profissionais de saúde envolvidos muitas vezes não estão vocacionados para lidar com este tipo de doentes, levando conseqüentemente a um número inapropriado de intervenções de emergência. Acompanhar a equipa na reflexão acerca das práticas, nomeadamente no cuidar em fim de vida, foi uma competência que considero ter desenvolvido neste estágio e que me trouxe um enorme sentimento de missão cumprida.

A competência da comunicação com os doentes/famílias em situação crítica é um instrumento valioso no sentido de fundamentar a relação terapêutica com o doente e família, destaco a utilização de técnicas de comunicação não-verbal bem como a utilização da escuta ativa, capacidade de clarificação, respeito pela pessoa, aceitação incondicional, compreensão empática e autenticidade. Utilizar a comunicação como ferramenta terapêutica foi fulcral no sentido do desenvolvimento de confiança, demonstrando empatia, apoiando, ouvindo e respeitando os seus valores, sendo esta uma forma de explicar a relação de ajuda e de confiança, (PHANEUF 2005). Nesta perspetiva, a prática dos cuidados de enfermagem traduz-se num encontro entre uma pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam, tendo como pilar fundamental a relação interpessoal. Esta iniciativa vem legislada pelo nosso Código Deontológico no Artigo 89º ao referir que “*o enfermeiro deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade, criando um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*”.

Cheguei ao serviço para fazer noite e a minha orientadora encaminhou-me para a sala de reanimação. Um carro havia caído de uma falésia de cem metros de altura na Nazaré ao início da tarde. O acidente ocorreu num local de muito difícil acesso, mas a rapidez com que a lancha salva-vidas do Instituto de Socorros a Náufragos e o INEM chegaram ao local, permitiu verificar que a condutora se encontrava com vida. Apesar das dificuldades, a mulher foi resgatada. Vítima de grande trauma veio então helitransportada para o SU do HSM.

Quando entrei deparei-me com uma jovem de 30 anos, em estado crítico, entubada, ventilada, com fraturas parciais de C2 e C7, múltiplos traumatismos e hematomas extensos, sobretudo evidentes a nível da face...tinha realizado uma tentativa de suicídio. Durante a noite foi ficando mais estável. Depois de parar a sedação foi possível realizar desmame ventilatório e rapidamente acordou, foi extubada e ficou em ventilação espontânea...um sucesso para a equipa de saúde presente...vazio, tristeza e um desespero profundo eram visíveis no olhar da A..

A circunstância que esta jovem estava a vivenciar era extremamente complexa, não havia sentido na sua vida...O impacto do acidente foi grande e o confronto real com a mortalidade terá repercussões importantes nas suas expectativas futuras. Certamente levá-la-á ao questionamento existencial e a questões profundas, levantadas pela incerteza e profundamente marcadas pela esperança.

No ambiente do Serviço de urgência a interação enfermeiro/doente é feita muitas vezes, num encontro pontual no entanto, existem atitudes e sentimentos que emergem, são aprofundados e demonstrados: a confiança, a segurança, o amparo, a presença incondicional, a proteção, o envolvimento emocional, a empatia. São momentos que requerem maturidade psicológica e profissional. Para mim, um processo continuado de reflexão no sentido de consciencializar e enriquecer em termos de habilidades e capacidades humanas.

...O acompanhamento na esperança da A., ali, na sala de reanimação?...Um desafio! Desafio aliciante que os enfermeiros de um serviço de urgência encaram, acompanhar a esperança do doente e da sua família nos seus diferentes estadios, tendo presente uma esperança frequentemente modificada, realinhada, redimensionada e com diferentes focalizações.

O desafio foi acreditar, eu própria, que era capaz de ser promotora de esperança, numa situação tão complexa e delicada.

Apesar das condicionantes, a gravidade da situação clínica e o ambiente envolvente, quis acreditar que o que eu poderia transmitir à A., seria importante para a promoção da esperança. A relação estabelecida com a A. foi pautada pelas estratégias facilitadoras da comunicação, o respeito por si, aceitação incondicional, autenticidade na relação e compreensão empática. E assim foi, numa interação em que predominou o contacto visual, os gestos afetivos, o tom de voz baixo...através do comportamento não-verbal, ela dava sinais sobre o seu estado afetivo - havia interesse e envolvimento na interação - este envolvimento era transmitido espontaneamente pelo olhar, por direccionar o olhar na minha direção constantemente, procurando a minha presença, pelo cumprir das minhas indicações, pelo tranquilizar quando falava com ela. O contacto visual dirigido a mim enquanto falava suavemente, para ela, sinalizava interesse e uma certa "ligação". Eu senti este olhar como um convite para prosseguir. A A. não falou, nunca, mas apresentava expressões faciais subtis, reveladoras de emoções e sentimentos reais e penosos.

Nas situações de confronto com o fim de vida, com acontecimentos críticos, como a da A., a esperança constitui na prática um balanço delicado entre a experiência de dor e de sofrimento e o sentir "conectividade" com o Outro.

No caso da A. apoiei-me em algumas das estratégias propostas por Herth (1995), no sentido do acompanhamento na esperança: *Proporcionar conforto/alívio da dor e sintomas*: Através da introdução de medidas farmacológicas para o alívio da dor. Foram implementadas medidas para promover o conforto como a alternância de posicionamentos, o aquecimento e redução da luz e ruído, dentro do possível. *Facilitar o sentido da manutenção da "ligação" com os outros*: estimulando o sentido de controle sobre o presente, nomeadamente nesta nova fase da sua vida, falando-lhe muito do carinho, dos afetos, da presença e cuidado incondicional dos seus pais. Foram levadas a cabo estratégias promotoras de uma relação de confiança, através de uma atitude de autenticidade, respeito, presença atenta e disponibilidade. *Ajudar a ver pequenas*

alegrias do presente: reforçando as pequenas conquistas, por conseguir respirar sozinha, movimentar os 4 membros, lembrando os ganhos possíveis e dando reforços positivos. *Envolver a doente no seu próprio progresso e na tomada de decisão:* Manter a A. sempre bem informada acerca de tudo o que estava a acontecer, partilhando a informação acerca da situação de crise/sofrimento, e pedindo colaboração para os procedimentos (ex: a extubação) dando sempre reforços positivos. *Usar um espírito de gostar de viver:* utilizando como recurso a boa disposição, mas sem exagero, incentivando a A. a olhar para a vida de outra forma daqui para a frente, a aproveitar as pequenas coisas boas da vida. Incentivá-la a procurar ajuda profissional, para uma vida melhor, dada a oportunidade de continuar a viver, procurando dar-lhe o sentido da defesa da sua própria dignidade humana.

Particularmente, esta experiência tornou-se um enorme desafio. Por um lado senti-me inibida por estar a abordar uma temática tão profunda num contexto que não está sensibilizado para tal temática - uma sala de reanimação - ambiente altamente tecnicista...mas por outro lado não resisti em avançar, porque acredito verdadeiramente que aqui a enfermagem pode fazer a diferença, no cuidar do Outro, procurando a defesa da dignidade humana.

Tratou-se de uma iniciativa, consciente, inicialmente dolorosa, inquietante, mas altamente gratificante. Percebi, interiormente, que a minha presença atenta e disponível, o meu estar, ali, poderia eventualmente ter um papel marcante na forma como aquela jovem iria encarar a vida dali para a frente. No final do turno da noite e já estabilizada transferi-a para o SO, onde ficou, tranquila e estável. Pena não ter tido oportunidade de acompanhar a A. na sua recuperação...e este é um constrangimento inerente à dinâmica do serviço de urgência...teria sido fundamental o tempo, o espaço, a confiança, os dias, os momentos de cuidados, as partilhas de vivências.

No decurso do meu estágio no SU implementei intervenções de esperança em várias situações, em que foram delineadas e utilizadas algumas estratégias singulares, ainda que por vezes pontuais dada a dinâmica do SU, nas quais considero ter desenvolvido treino e competência que já trazia do estágio anterior. Pretendo continuar a valer-me da sua relevância na minha prestação de cuidados enquanto futura enfermeira especialista, independentemente do serviço onde estou ou onde poderei vir a estar num futuro breve.

A doença, seja ela física ou psicológica, tem normalmente associada um conjunto de problemas que determinam sofrimento de intensidade diferente para aqueles que a vivem. É frequente ouvir os doentes dizerem “não tenho medo de morrer, tenho é medo de sofrer”. O sofrimento é então primordial para o doente e família e deve ser o foco de atenção do enfermeiro, qualquer que seja o seu contexto da prática. O acompanhamento da esperança do doente enquanto ferramenta no alívio do sofrimento surge assim como uma competência fulcral incutida na prática dos cuidados de enfermagem, em qualquer contexto, sendo muito pertinente no contexto do doente crítico, e que tive o privilégio de atentar ao longo deste estágio. As situações em que eu mais acompanhei os doentes/família na promoção da esperança foram, preferencialmente no SO e na sala de tratamentos 1 (Laranjas), as situações de tentativas de suicídio, as pessoas vítima de grande trauma, vítimas de lesão vertebro-medular, resultado de acidentes de viação ou acidentes de trabalho, pessoas que se encontravam com

sintomatologia grave mas perante diagnósticos indeterminados, muitos doentes oncológicos em fase curativa (e em tratamento de quimio e radioterapia) e em também em fase paliativa, insuficientes renais crónicos, doentes portadores de HIV/SIDA e também pessoas vítimas de perturbações cardíacas agudas.

A.D., jovem de 19 anos, vítima de tentativa de suicídio por ingestão de veneno, emigrante em Portugal há 3 anos, com uma situação financeira, familiar e social complicada, deprimida e sem sentido de vida, após a lavagem gástrica e a estabilização hemodinâmica é transferida para o SO para vigilância. Associado ao sofrimento físico condicionado pelas medidas invasivas implementadas para lhe salvar a vida, era visível na sua expressão facial e olhar vazio, o intenso sofrimento psíquico. Acompanhei-a, com presença atenta, disponibilidade, com autenticidade e respeito. Conversei com ela e esta ventitou os seus sentimentos e emoções nos quais preponderaram a desesperança e a solidão. Tentei orientá-la para encontrar em si, algum sentido, alguma esperança que lhe indicasse um rumo para seguir em frente. *“(...) mas ainda não me esqueci, isso não, e ainda cá está a esperança. Há mais de um ano que falo nisso, em voltar para perto da minha mãe, quero voltar para o Brasil”*. Foi importante o reforço da sua autoestima, fortalecido com reforços positivos, incentivá-la a olhar para si e para a vida que ainda tem à sua frente, e a aproveitar as coisas boas da vida, ainda que pequenas.

J.P., 66 anos vindo do hospital de dia de quimioterapia por descontrolo sintomático pós ciclo de quimioterapia. Revoltado com o tratamento refere em tom de voz alto *“é uma tragédia (...) de repente (...) uma pessoa tem projetos, coisas que ainda queria fazer (...) mas ao menos que não me sinta pior com os tratamentos do que com a doença (...)”*. Recebi este senhor no SO e enquanto o monitorizava, verificava a permeabilidade dos acessos percebi que estava muito revoltado com a doença, com o facto de sentir que a sua vida tinha sido interrompida prematuramente, que tinha projetos inacabados devido a perda de autonomia funcional, e nesta altura, para qualquer lado que se virasse encontrava uma fonte de sofrimento. Demonstrei uma atitude de respeito e compreensão, dei-lhe atenção e um pouco de tempo, tentei colocar-me no lugar dele e questionar-me de onde poderia vir este tumulto. Incentivei-o a expressão dos seus sentimentos no sentido de o ajudar a encontrar novos “insights” sobre a situação. Introduzidas as medidas farmacológicas para o alívio sintomático, simplesmente fiquei ali, a ouvi-lo. A dada altura baixou o tom de voz, e falou sem cessar, no fim e agradeceu-me ter estado ali a escutá-lo, *“(...) olhe, já estou mais calmo, aliviou-me a amargura que eu trazia cá dentro, (...) é, ainda cá está a esperança, a esperança de passar dias melhores”*.

W.H., 56 anos, Sueco, não sabe falar português, professor de parapente, a passar férias em Caldas da Rainha, helitransportado pelo INEM, vítima de grande trauma, após queda de parapente numa falésia. Depois de estabilizado e imobilizado e de ter realizados todos os exames auxiliares de diagnóstico é transferido para o SO para vigilância, acompanhei-o desde a entrada na sala de reanimação e durante todo o percurso, encontrava-se muito reservado e atento mas com uma expressão facial de susto e parecia sentir-se perdido. Depois de instalado numa cama e com o ambiente já controlado, mantinha esta expressão. Conversei com ele no sentido de o ajudar a compreender o que se estava a passar à sua volta, e ele dizia que estava tudo bem e que se sentia calmo, a sua expressão verbal não coincidia com a expressão não-verbal e aproximei-me dele com uma atitude empática e este começou a chorar baixinho, a dor a vergonha e a culpa vieram assim desmornar a aparência que este homem tentava transmitir. *“(...) foi um susto,*

tenho esperança, olhe que ainda há pouco estava a pensar nisso, se a cirurgia correr bem, ainda volto a fazer parapente outra vez, é a minha vida sabe (...) a esperança é a fé que a gente tem (...) a fé com que eu acredito que vou sair vitorioso, isso é muito importante para mim”.

Mobilizando a teoria de WATSON (2002) podemos afirmar que Cuidar na enfermagem, transporta atos físicos mas, abarca a mente-corpo-alma à medida que reclama o espírito corporizado, como o centro da sua atenção o que no contexto do serviço de urgência requer que o enfermeiro possua intensões específicas, uma vontade, valores e um compromisso com um ideal de transação do cuidar intersubjetivo que é dirigido para a preservação da pessoa, quer do enfermeiro quer do doente. Isto permite que diferentes enfermeiros em diferentes momentos, possam prestar elevados níveis de cuidados. Partindo desta premissa e atentando à complexidade das situações de saúde das pessoas que recorrem ao serviço de urgência, considero ser competência do enfermeiro especialista não só os múltiplos e complexos conhecimentos e habilidades para responder atempadamente à situação crítica e/ou de doença súbita, mas também, selecionar, utilizar e explanar de forma diferenciada as habilidades da comunicação e de acompanhamento na esperança, no sentido de espelhar na prática de cuidados resultados de investigação científica de relevância na enfermagem. O enfermeiro especialista vem assim refletir a sua afirmação no contexto da prática clínica, prática de enfermagem avançada, considerada como “Enfermagem com mais Enfermagem”, o que representa *“maior competência para o desempenho (...) baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas”* (SILVA 2007, p. 18).

Trabalhar esta temática no contexto do serviço de urgência resultou na candidatura a apresentação de uma comunicação sob a forma de póster, com o tema “Enfermeiros na Promoção da Esperança no Serviço de Urgência”, no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem (Apêndice XI), que foi aprovada tendo a sua apresentação decorrido nos dias 9 e 10 de novembro, na Escola Superior de Enfermagem, polo A, em Coimbra (Apêndice XII). Comunicar perante uma audiência especializada, os resultados da minha prática clínica, produzindo um discurso pessoal fundamentado, foi uma tarefa desafiante, uma vez que me deu oportunidade de espelhar o facto de nós enfermeiros estarmos, inevitavelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança dos doentes.

Com os conhecimentos e as competências que desenvolvi ao longo deste estágio tenho conseguido contribuir para a minha prática, no meu serviço. Tem sido possível mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas, no sentido da antecipação de situações de instabilidade clínica e aplicação de habilidades em suporte avançado de vida, sendo estas atualmente desenvolvidas como prática mais consciente e mais segura. Encontro-me empenhada em continuar a mobilizar os profissionais do meu serviço, nomeadamente com a promoção de formação em serviço, dado que somos frequentemente confrontados com doentes em que a evolução clínica se agrava, requerendo da nossa parte cuidados diferenciados no sentido da excelência das boas práticas.

3. CONCLUSÃO

Sendo o guia condutor na descrição crítica e reflexiva acerca do meu percurso de formação, este relatório realça o seu caráter evolutivo, dinâmico e flexível, e que se ajustou às circunstâncias e ao contexto concreto das experiências vividas. Foi a reflexão crítica sobre o percurso efetuado, sobre a minha ação, autonomia, criatividade e procura de conhecimento, que trouxe à tona a habilidade para Agir e para Pensar Enfermagem e, simultaneamente o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Espelhando a aprendizagem e as habilidades desenvolvidas na UC de Estágio este trabalho foi sustentado pelos objetivos definidos nos projetos dos respetivos estágios. Assim, foram identificadas as atividades desenvolvidas e os obstáculos encontrados, no sentido de construção, progresso e aperfeiçoamento do meu desempenho. Ao longo dos estágios tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem ao doente/família em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e por outro lado, no acompanhamento do doente/família em fim de vida, dando relevo ao papel do enfermeiro na promoção da esperança. O fenómeno da esperança no restabelecimento da situação de saúde e particularmente na fase final da vida, é um tema que sempre me cativou, não apenas pelo deslumbramento que desperta, mas porque se trata de um fenómeno que interfere na qualidade de uma etapa importante da vida do doente/família e na qual o enfermeiro tem um papel fulcral.

O caminho percorrido neste percurso de formação permitiu uma profunda reflexão acerca da importância do enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica. Este profissional, pode ser um veículo de mudança, que espelha na sua prestação a melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência das boas práticas de enfermagem, nomeadamente no acompanhamento da esperança do doente/família nos diversos contextos que esta área de especialidade abraça.

Saliento a matriz de pensamento que desenvolvi em torno do Modelo de Enfermagem de Jean Watson com o contributo de Joice Travelbee. Ela abre um horizonte restaurador da dimensão essencial do cuidar e da exigência de relacionamento interpessoal no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo os cuidados de enfermagem alicerçados na objetividade e rigor do conhecimento científico e exercidos como uma arte, numa permanente adequação às necessidades particulares da pessoa. Acredito e identifico-me grandemente nesta forma de pensar a enfermagem e penso ser este o caminho a percorrer para um enfermeiro especialista, numa perspetiva global, centrada no doente/família e no sentido de explicar uma perspetiva profissional diferenciada.

Foi através dos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso, da minha autoformação e das experiências vivenciadas nos estágios, que mobilizei para a prática de cuidados o desenvolvimento de competências, tendo como sustentáculo o Conteúdo Funcional do Enfermeiro Especialista, o Conteúdo Funcional do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica e o “Guia de Estágio” do Curso de Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. Face ao exposto, proponho-me a descrever os contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem que considero ter alcançado ao longo deste caminho:

Relativamente aos *Ganhos Pessoais* destaco o reconhecimento da aprendizagem como um processo para toda a vida; a integração aprofundada de valores éticos na prática da enfermagem; o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados, consciência crítica e reflexiva, cuidando, nas situações complexas de forma adequada, fundamentada, sistemática e criativa; o fortalecimento de uma metodologia de trabalho fundamentada nas evidências científicas, nos resultados de investigação e nas responsabilidades sociais e éticas; aprimorei a autonomia, a destreza e a capacidade de intervenção em situações de *life saving*; fortaleci a capacidade de liderança; promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, através da identificação das suas necessidades formativas e da realização de formação em serviço no âmbito da área de especialização; tive oportunidade de comunicar os resultados da minha prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas, tendo espelhado a importância da promoção da esperança na vida do doente, desmascarando a utopia de que a abordagem desta temática é inatingível ou que não se adequa aos problemas objetivos com que nos deparamos na prática de cuidados.

Relativamente aos *Ganhos Profissionais* destaco a abertura para uma nova perspetiva sobre a pessoa em sofrimento; a mobilização de evidência científica atual para a tomada de decisão no meu contexto de trabalho; maior capacidade de argumentação e de negociação com enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde; ser reconhecida como um elemento de referência na equipa multidisciplinar, nomeadamente na abordagem ao doente em fim de vida; o aperfeiçoamento na comunicação eficaz; adaptabilidade na implementação de ações paliativas e da promoção da esperança no serviço de urgência; a visão global sobre o doente/família de quem cuido, independentemente das suas limitações físicas e/ou da proximidade da morte, reconhecendo a importância da promoção de esperança no processo de cuidar; a reflexão sobre as práticas – decisão *para a ação* e reflexão *sobre a ação*, capacidade de inspirar a reflexão e o pensamento crítico nos outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar; a autorreflexão sobre a prática individual; desenvolvimento e implementação prática de estratégias de promoção de esperança nos momentos de sofrimento do doente/família, condicionado pela fragilidade da sua situação de saúde, pelo conhecimento de um diagnóstico, pelos tratamentos a que é submetido ou seja pelas inúmeras manifestações físicas, psicológicas, sociais e espirituais a que está sujeito.

Relativamente aos *Ganhos para a Pessoa alvo dos cuidados* reforço a visão da sua Totalidade; a valorização da sua perspetiva/autonomia no processo de decisão; a exploração do processo de esperança como fazendo parte da experiência de vida do doente/família e integrando-a nessa experiência; ajudar o doente a encontrar estratégias para lidar com a doença, a expressar sentimentos e também a sua espiritualidade dando importância à comunicação afetiva com o doente/família, reforçando as relações, os laços e o apoio; controle da dor oncológica (e sintomas) mais eficaz e eficiente; a promoção do conforto físico e psicoespiritual e do alívio do sofrimento; a implementação fundamentada auto-orientada e autónoma de fatores promotores e inibidores de esperança.

Relativamente aos *Ganhos para a Profissão e para a Enfermagem* considero a valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente curativa; a capacidade de formular e analisar problemas complexos produzindo soluções para as situações de incerteza, instabilidade e imprevisibilidade dando visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro; o desenvolvimento do conteúdo funcional do enfermeiro especialista; a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros provando que mesmo em meios altamente complexos como o serviço de urgência, se consegue ter um olhar diferenciado, paliar, fomentar esperança, mesmo que em atos isolados, fazendo assim cumprir os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

As dificuldades sentidas no percurso de estágio foram relacionadas principalmente com a subjetividade e a minha inexperiência na abordagem da promoção da esperança. Deparei-me com a expressão de sentimentos profundos, algumas vezes incómodos e que me fez confrontar com a minha própria sensibilidade, questionando a minha própria esperança. Mas, apesar das dificuldades, das limitações e dos constrangimentos, considero que o trabalho desenvolvido me proporcionou momentos únicos, momentos riquíssimos de crescimento e em muito contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Construir este relatório foi um desafio, uma etapa, um crescimento. Foi a descoberta de um novo horizonte, que através de um processo de reconstrução permanente, muito me entusiasmou e motivou, tendo culminado na construção de uma nova identidade profissional. As competências desenvolvidas são o fruto dos múltiplos saberes ligados às diferentes áreas do conhecimento, mas superam a aquisição desses mesmos saberes. As pequenas e grandes conquistas a nível académico e pessoal tornam possível um olhar singular sobre a enfermagem, espelhando em mim o enquadramento na enfermagem médico-cirúrgica. No presente, olho para trás e constato o quão gratificante foi percorrer esta caminhada, mas com a consciência plena, de que na verdade, esta caminhada começa aqui, a exigência sobre mim própria é agora maior, novos conhecimentos vão ser postos à prova e novas condutas vão ser experienciadas e refletidas através do pensamento crítico instigado. Cabe-me o compromisso de levar um olhar e uma prática mais ricos, que apontem para uma enfermagem diferenciada, especializada e simultaneamente mais consciente e humanizada.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, Fernando - **Unidade de Cuidados Intensivos – Manual de Enfermagem**. 2007. [Consult. a 14 de janeiro de 2013].

Disponível em:

www.chbalgarvio.minsaude.pt/downloads_HSA/CHBAIlg/serviços/UCI/manual%20de%10enfermagem.20UCI.pdf

APÓSTOLO, João Luís – O Conforto nas Teorias de Enfermagem – Análise do Conceito e Significados Teóricos. **Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, Nº9. 2009. p. 61-67.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - [Consult. 10 de dez. 2012 às 18h]. Disponível em <http://www.apcp.com.pt>

AZEVEDO, Elisete; NUNES, Maria – **Terapia Sub-Cutânea no Cancer Avançado – Série Cuidados Paliativos**. Esdeva. Rio de Janeiro. ISBN 978-85-7318-146.31. 1ª ed. 2009. 31p.

BARBOSA, António – **A Espiritualidade**. In: Manual de Cuidados Paliativos / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. p. 595-659.

BARBOSA, António - **Investigação quantitativa em cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2012. 382 p. ISBN 978-972-9349-25-6.

BASTO, Marta – Interação Enfermeira-Doente Hospitalizado. **Nursing**. fevereiro 1992. ISSN 0871-6196. N.º49. p. 6-9.

BECK, Ingela – To Find Inner Peace: Soft Massage as an Established and Integrated Part of Palliative Care. **Internacional Journal of Palliative Nursing**. 2009. Vol. 15. Nº 11. p. 541-545. [Consult. a 29 de dezembro de 2012]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=46720677>

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN:972-8535-97-X.

BENZEIN, Eva, [et al.] – Health-promoting Conversations about Hope and Suffering with Couples in Palliative Care. **International Journal of Palliative Nursing**. 2008. Vol. 14. Nº 9. p 439-445. [Consult. 10 de janeiro 2013]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=25&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010055631>

BERNARDO, António – **Trabalho de equipa**, *In* NETO; Isabel Galriça - Manual de Cuidados Paliativos / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. - ISBN 978-972-9349-22-5. p. 761-772.

BUCKLEY, Ruth; HERTH, Kaye – Foresting Hope in Terminally Ill Patients. **Nursing Standard**. 2004. Vol 19. Nº 10. p 33-41. [Consult. a 29 de dezembro 2012, às 18h]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=110&sid=c578c656-f742-4a49-b3fb-d091e47acbe0%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010684351>

BUCKMAN, Robert – **Communication Skills in Palliative Care, A Practical Guide**. *Neurologic Clinics*. November 2001. Volume 19.

CALDEIRA, Sílvia – **A Espiritualidade no Cuidar: um Imperativo Ético**. 1ª ed. Lisboa. 2011. ISBN 978-989-8218-63-6. 128p.

CARDOSO, Ruben – **A Problemática da Dor Total na Pessoa com Doença Oncológica em Cuidados Paliativos**. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 2011.

CASELL, Ester - Palliative Treatment: Redefining Interventions to Treat Suffering Near the End of Life. **New England Journal of Medicine**. 1982. 306. p.639-645. [Consult. a 10 de janeiro 2013 às 20h]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&vid=11&hid=25>

CAVACO, Vera [et al.] – Qual o Papel da Esperança na Saúde da Pessoa? – Revisão Sistemática. **Referência**. 2010. II Série. Nº 12. P. 93-103.

CHAREPE, Zaida - **O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da Esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de**

intervenção colaborativa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2012.

CHAREPE, Zaida, [et al] - Re) descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis.** 2011. Abr-Jun; 2002. p. 349-58. [Consult. a 10 de janeiro 2013 às 20h]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a19v20n2.pdf>

CHOCHINOV, Harvey – Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. **Jornal of palliative medicine.** 2005. Vol 8. Supplement 1. p. 103-115.

CLARKE, David - Growing old and getting sick: maintaining a positive spirit at the end of life. **Aust. J. Rural Health.** 2007. Vol 15. p. 148-154. [Consult. em 22 de dezembro de 2012].

Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&vid=11&hid=25>

COULEHAN, John – Deep hope: a song without words. **Theor Med Bioeth.** 2011. Vol. 17.

CRAIG, Jean, SMYTH, Rosalind – **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros.** Loures: Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-61-4.

CRUZ, Jorge - **Morte Cerebral. Do Conceito à Ética.** Porto. 2004. ISBN: 972-796-142-8. 160p.

CUTCLIFFE, John - The Concept of Hope in Nursing 1: Its Origins, Background and Nature. **British Journal of Nursing.** 2002. Vol. 11. Nº12. p. 832-840.

CUTCLIFFE, John – The Principles and Processes of Inspiring Hope in Bereavement Counselling: a Modified Grounded Theory Study – Part One. **Jornal of Psychiatric and Mental Health Nursing.** 2006. Nº13. p. 598-603.

CUTCLIFFE, John; HERTH, Kaye - The Concept of Hope in Nursing 3: Hope and Palliative Care Nursing. **British Journal of Nursing.** 2002. 11. Nº 14. p. 977-983.

CUTCLIFFE, John, MCKENNE, H. - **The Essential Concepts of Nursing.** London : Elsevier. 2005.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.** DECRETO-LEI nº 101/06. 2006. [Consult. 10 de Jan. 2013]. Disponível em: www.dgs.pt.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **A dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da dor.** Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Circular Normativa Nº 14 de 13/07/04. (alterada por Revisão do Programa Nacional Cuidados Paliativos - 2008 – 2016. Lisboa), 2008.

DFAULT & MARTOCCHIO - Hope: Its Spheres and Dimensions. **Nursing Clinics of North America** – Vol. 20. Nº 2. June 1985. p. 379-391.

DUGGLEBY, Wendy [et al.] – Hope at the end of life. **Jornal of Hospice and Palliative Nursing**. 2001. Vol 3. Nº 2. p. 51-64. [Consult. a 29 de dezembro 2012 às 20h].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&vid=19&hid=113>

DUGGLEBY, Wendy e WRIGHT, Karen – Elderly palliative care cancer patient's descriptions of hope-fostering strategies. **International Journal of Palliative Nursing**. 2004. Vol 10. Nº 7. [Consult. a 29 de dezembro 2012 às 18h]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=18&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=25&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009512747>

ELIAS, Ana Catarina – **Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade para o Alívio da Dor**. In Carvalho, M., Pimenta, C., [et al], - Dor e Cuidados Paliativos. Enfermagem, Medicina e Psicologia. Manole. 2006. ISBN 85-204-2403-1. p. 316-345.

EUROPEAN RESSUCITATION COUNCIL GUIDELINES FOR RESSUCITATION [Consult. em 24 de janeiro de 2013, às 15h30].

Disponível em: <https://www.erc.edu/index.php/mainpage/en>

FERREL, B. [et al.] - The nature of suffering and the goals of nursing. **Oncology Nursing Fórum**. 2008. Vol 35. Nº2. p. 241-247. [Consult. em 29 de dezembro de 2012 às 18h].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=33442029>

FRIEDMAN, M. - **Some Practical AIDS in helping yourself**. Deal with the critically ill patients. San Francisco (Ca), 1978.

FRY, Sara - **Ethics in Nursing Research a Guide to Ethical Decision Making**. Geneve: International Council of Nurses, 1994.

GAMEIRO, Manuel Henriques - **Sufrimento na Doença**. Coimbra. Quarteto editora. 2004. ISBN: 972-8535-06-6. 194p.

GONÇALVES, Edna; OLIVEIRA, José – **Urgências em Cuidados Paliativos**. Manual de Cuidados Paliativos/2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética. 2010. ISBN 978-972-9349-22-5. p. 267-302.

HERTH, Kaye - Abbreviated Instrument to Measure Hope: Development and Psychometric Evaluation. **Journal of Advanced Nursing**. 2002. Vol. 17. Nº 10. p. 1251-1259.

HERTH, Kaye – Engendering Hope in the Chronically and Terminally Ill: Nursing Interventions. **The American Journal of Hospice e Palliative Care**. 1995. p. 12-31.

HESBEEN, Walter. **Cuidar neste mundo**. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. 2004. 292 p. ISBN 972-8383-71-1.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Trad. Maria Isabel Batista Ferreira. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 72-8383-11-8.

HILLIARD, Richard – **Musicoterapia en Residências para Enfermos Terminales y Cuidados Paliativos: Revisión de los Datos Empíricos**. Digitalis. 2008. [Consult. em 24 de janeiro de 2013, às 15h30]. Disponível em: <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/2/2/173>.

HOSPITAL DE SANTA MARIA. Lisboa. [Consult. 2 janeiro 2013 às 18h]. Disponível em: <http://www.hsm.min-saude.pt>.

KOLCABA, Katharine – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Vol.19, Nº6. junho 1994. ISSN: 0309-2402. [Consult. em 24 de janeiro de 2013, às 15h30]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>.

KOLCABA, Katharine - **Comfort Theory and Practice. A Vision for a Holistic Health Care and Research**. New York: Springer Publishing Com. 2003. ISSN:1695-6141. [Consult. em 24 de janeiro de 2013, às 15h30]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf.

KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Acolher a Morte**. Estrela Polar Editora. Cruz Quebrada. 2008. ISBN 978-972-8929-82-4. 324p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. Trad. De Paulo Menezes. 8ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. ISBN 85-336-0963-9.

LARKIN, Philip - Listening to the still small voice: the role of palliative care nurses in addressing psychosocial issues at end of life. **Progress in Palliative Care**. 2010. Vol 18. Nº6. p. 335-340. [Consult. em 24 de janeiro de 2013, às 15h30].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=59&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010872723>

LEHONE, Vibeke; SEVERINSSON, E. - Patients' experience of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury. **Journal of Clinical Nursing**. 2005. Vol. 14, Nº 3, p. 285-293. [Consult. em 19 de janeiro de 2013, às 15h30].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=77&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2005073393>

MAGÃO, Maria Teresa; LEAL, Isabel - **A Promoção da Esperança nos Pais de Crianças com Cancro**. In: DIAS, Maria do Rosário; DURÃO, Estrella. Territórios da Psicologia Oncológica. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. p. 97-107. ISSN 0104-1169. [consult. a 17 de janeiro às 18h]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100015&lng=en&nr m=iso

MALAGUTTI, William - **Globalização, Bioética e Humanização: Atualidades e Desafios Importantes para o Enfermeiro no Processo de Cuidar**. In: Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

MCMAHON, R.; PEARSON, A. - **Nursing as Therapy**. 2ª ed. Cheltenham : Nelson Thornes. 1998. [Consult. em 14 de janeiro de 2013, às 15h30].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=96&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=79721106>

MILLER, Judith - Hope: a Central Construct to Nursing. **Nursing Forum**. 2007. Vol. 42. Nº1. p. 12-19. [Consult. em 25 de janeiro de 2013, às 15h30]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=100&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009506889>

MOK, Esther [et al.] ^(b) - Health-Care Professionals' Perspective on Hope in the Palliative Care Setting. **Journal of Palliative Medicine**. Jul 2010; Vol. 13 Nº 7. p. 877-83. [Consult. em 22 de dezembro de 2013, às 15h30]. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=110&sid=d40f4db4-23b1-4a43-92fc05148b48b268%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010709268>.

MOK, Esther ^(a) - The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. **International Journal of Palliative Nursing**. (INT J PALLIAT NURS), Jun 2010; Vol 16. Nº6. p. 298-305. [Consult. em 22 de dezembro de 2013, às 15h30].

Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=110&sid=c578c656-f742-4a49-b3fbd091e47acbe0%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=20636159>.

MOORE, S. – Hope makes a difference. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 2005. Vol. 12. Nº 1. p. 100-105. [Consult. em 14 de janeiro de 2013, às 15h30].

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=102&sid=654033f5-8408-4472-87fe-072fd6106326%40sessionmgr13&hid=113&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2005081171>

NEIL, Ruth - **Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar**. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.^a ed., Loures: Lusociência, 2004. p. 163-183.

NETO; Isabel Galriça - **Manual de cuidados paliativos** / 2^a ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. - ISBN 978-972-9349-22-5.

OLIVEIRA, Célia S. – A Experiência de Confortar a Pessoa Hospitalizada: Uma abordagem Fenomenológica. **Pensar Enfermagem**. 2008. ISSN: 0873-8904. Vol.12, Nº1. p. 2-13.

OLSSON L. [et al]. Maintaining Hope When Close to Death: Insight From Cancer Patients in Palliative Home Care. **International Journal of Palliative Nursing**. (INT J PALLIAT NURS), 2010 Dec; 16(12): 607-12 (28 ref). [Consult. em 11 de dez. 2012, às 15h].

Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=110&sid=d40f4db4-23b1-4a43-92fc-05148b48b268%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2010909285>.

World Health Organization. Palliative Care. 2003. [Consult. em 12 de jan 2012, às 15h].

Disponível em: <http://www.who.int/entity/cancer/palliative/en/-22k>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Caderno Temático : Modelo de Desenvolvimento**

Profissional – Conselho de Enfermagem, dezembro 2009; [Consult. em 11 de jan. 2013, às 15h]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros. maio 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna – **Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®)**. ISBN 978-989-8444-08-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Documentos Legislativos e Regulamentos da OE**. Portugal. 2009. [Consult. em 11 de jan. 2013, às 15h]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia orientador de Boa Prática**. Lisboa: Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, 2008. 44p. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados Descritivos**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**. março 2007. P- 1-21. [Consult. em 6 de jan. 2013, às 15h]. Disponível em: http://www.ordemdosenfermeiros.pr/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidadees_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2010.

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doentes Críticos. Recomendações 2008**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da

Ordem dos Médicos, 2008. 45 p.

PARKER-OLIVER, Debra – Redefining Hope for the Terminally Ill. **American Journal of Hospice e Palliative Care**. Vol. 19. Nº 2. 2002. p. 115-120.

PEREIRA, José Luis – **Gestão da Dor Oncológica**. *In*: Manual de Cuidados Paliativos / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. p. 69-126.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência. 2005. ISBN: 972-8383-34-3. 668 p.

PIPE, Terrey Brith. [et al.] - Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. **Medsurg Nursing**. 2008. Vol. 17. Nº 4. p. 248-257. [Consult. em 11 de jan. 2013, às 15h].

Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=110&sid=d40f4db4-23b1-4a43-92fc05148b48b268%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010709268>

PORTUGAL. Diário da Republica. DECRETO-LEI n.º 437/91. **Conteúdo Funcional das Categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista**. Capítulo II Secção I - Artigo 7.º (91/08/11).

PORTUGAL. Diário da Republica. DECRETO-LEI n.º 104/98. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. I Série A. 93 (98-4-21) 1739-1757.

PORTUGAL. Diário da Republica. DECRETO-LEI n.º 161/96. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. (96-09-04) (Alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril). 2007.

QUERIDO, Ana, [et al] - **A Comunicação** *In*: Manual de Cuidados Paliativos / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. p. 595-659.

QUERIDO, Ana - **A Esperança em Cuidados Paliativos**. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2005.

QUERIDO, Ana – **Dimensões da Esperança em Cuidados Paliativos**. *In*: Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos. BARBOSA, António, coord. - Lisboa: Núcleo de Cuidados

Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2012. 269 p.
ISBN 978-972-9349-26-3.

RAMALHO, A. - **Manual para Redação de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise**. Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau. 2005.

REB, Anne – Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. **Oncology nursing fórum**. 2007. Vol. 34. Nº 6. p. 70-81. [Consult. em 11 de jan. 2013, às 15h].

Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=110&sid=d40f4db4-23b1-4a43-92fc05148b48b268%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=201070954112>.

RENAUD, Michael – **Dignidade humana**, In Patrão, Neves; Pacheco, Susana – Para uma ética da Enfermagem – Desafios. 2004. 206 p.

RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria - O conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar: Contributos para uma Revisão Sistemática da Literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série. julho 2012. Nº 7. p. 149-158.

SAPETA, Paula; LOPES, Manuel – Cuidar em Fim de Vida: Fatores que Interferem no Processo de Interação Enfermeiro Doente. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. II Série. Nº4. junho 2007. p.35-60.

SHEEHY, Susan – **Enfermagem em Urgência, da Teoria à Prática**. 4ª Edição. Lusociência. Loures. 2001.

SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55, Nº 1-2 (Janeiro-Abril 2007), p.11 -20.

SOARES, André Marcelo - **De Qual Bioética Estamos Falando**. In: SIMPÓSIO DE BIOTECNOLOGIA. 2004. Rio de Janeiro. Painel III - Os conceitos e os valores: bioética e direitos humanos. Rio de Janeiro, Set 2004. [Consult. em 10 de jan. 2013, às 17h].

Disponível em:

http://www.boellatinoamerica.org/download_pt/DEQUALBIOETICAESTAMOSFALANDOandremarcelo.doc.

SULLIVAN, Michel – Hope and hopelessness at the end of life. **Am J. Geriatric psychiatry**. 2003; 11 (4); 393-405.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 754 p. ISBN 972-8383-74-6.

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Lisboa. Climepsi Editores. 2003. ISBN: 972-796-093-6.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA e INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: **Regulamento Geral**. 14 p. 2011. Acessível na Universidade Católica Portuguesa, ICS, Lisboa, Portugal.

VEIGA, António [et al.] - Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? **Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde**. Coimbra. ISSN 0874-0873. 2009. II Série, Nº 10. p.47-56.

WAIMAN, Maria Angélica; ELSEN, Ingrid, - Possibilidades e limites da Teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado á família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**; Vol. 8, nº 2, p. 282-291, 2006. [Consult. em 05 de jan. 2013, às 17h]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm

WARREN, Jonathan [et al.] – Guidelines for the Inter and Intrahospitalar Transport of Crittically Ill Patients. **Critical Care Medicine**. 2004. Vol. 32. Nº 1. p. 56-261.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9

WIESE, Christoph - Palliative care and emergency medicine: how can they work together? **European Journal of Palliative Care**. 2009. 16. Nº 5. p. 245-248.

WILKINSON, Douglas; SKINNER, Marcus – **Manual de Abordagem Primária ao Trauma**. Edição standard. Financiado por Federação Mundial das Sociedade dos Anestesiologistas e Royal College of Anesthesiologists. 2000.

ANEXOS

ANEXO I – Participação no Workshop “*Psicoterapia centrada no Sentido da Vida*”

Workshop sobre

PSICOTERAPIA CENTRADA NO SENTIDO DA VIDA

Meaning-Centered Psychotherapy (MCP)

com Prof. William Breitbart, M.D.

Chairman, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NYC, USA

Past-President of the *International Psycho-Oncology Society* (www.ipos-society.org)



~ 25 de Maio de 2012 ~

Hospital S. José - CHLC, EPE Lisboa

Auditório do Centro de Formação: 9:00 – 17:30h

Destinatários:

Profissionais de saúde e estudantes, nomeadamente, psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, oncologistas, profissionais de saúde ligados aos cuidados paliativos, internos de especialidades médicas (psiquiatria, cuidados paliativos, oncologia e outras), estudantes de medicina, estudantes de psicologia, de enfermagem ou de outras profissões de saúde.

Este workshop interessa também a investigadores de todas as disciplinas que estejam interessados no desenvolvimento de intervenções em psico-oncologia e cuidados paliativos.

Objectivos do Curso:

1. Os participantes irão familiarizar-se com o conceito de 'espiritualidade' como um constructo caracterizado pela fé e/ou procura de sentido e significado na vida.
2. Será abordada a importância do 'sentido da vida' ou do seu significado, como um componente de bem-estar espiritual, e sua relação com a depressão, desesperança e desejo de morte.
3. Irá ser apresentada detalhadamente a *Psicoterapia Centrada no Sentido da Vida* (MCP), uma intervenção estruturada em 8 sessões, nas suas vertentes didáctica e experiencial, que visa manter ou melhorar o sentido da vida para pacientes que se confrontam com uma doença incurável em fase avançada e progressiva.
4. Os participantes irão ter oportunidade de participar em exercícios experienciais que fazem parte das sessões de MCP.

Descrição do Workshop:

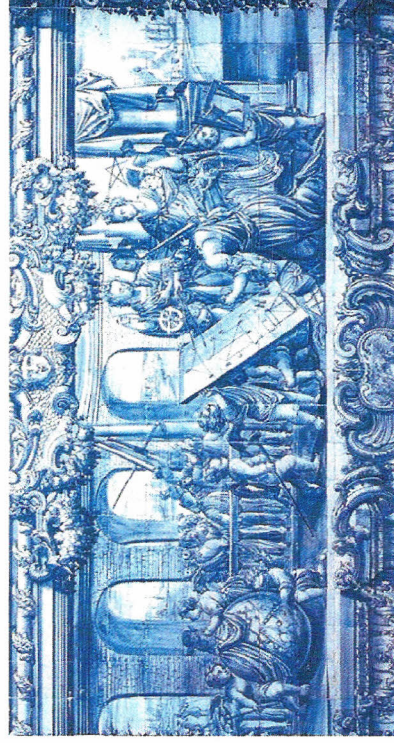
Este workshop vivencial fornece uma visão geral de uma intervenção inovadora de aconselhamento para pacientes com cancro avançado ou que se confrontam com uma doença incurável em fase avançada e progressiva, designada de "*Psicoterapia Centrada no Sentido da vida*" (MCP). Serão apresentados os conceitos de 'sentido da vida' e de espiritualidade, relacionados com a experiência da doença e dos tratamentos vividos pelos doentes. Os conceitos básicos da MCP serão descritos. Este modelo baseia-se nos conceitos de procura de sentido e significado de vida baseados na obra de Viktor Frankl, e adaptado para populações oncológicas pela equipa do Prof. Breitbart no *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*. Duas formas de MCP têm sido desenvolvidas: MPC de Grupo com 8 sessões semanais de 1 ½ hora cada; e MCP individual com 7 sessões de 1 hora semanal cada. Ambas as intervenções estão protocoladas em manual e foram sujeitas a ensaios clínicos randomizados (RCTs). Os dados desses estudos serão apresentados no workshop e foram publicados recentemente no *Journal of Clinical Oncology e Psycho-Oncology*. Durante o workshop os participantes terão ainda a oportunidade de participar em exercícios experienciais utilizados em MCP. Será dado um certificado de presença.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que *Luzia Travado* participou no

Workshop: “Psicoterapia Centrada no Sentido da Vida”, ministrado pelo Prof. Dr. William Breitbart, do *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences*, do *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, NYC, no dia 25 de Maio de 2012, com a duração de 7 horas, realizado no Auditório do Centro de Formação do Hospital de S. José, CHLC, EPE, em Lisboa.



FORMADOR

Prof. Dr. William Breitbart

ORGANIZAÇÃO

Dr. Luzia Travado

Lisboa, 25 de Maio de 2012

ANEXO II - Escala de Esperança de Herth (HHI)

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA				
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO				
3. SINTO-ME SOZINHO				
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES				
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA				
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO				
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE				
8. SINTO-ME FORTE				
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR				
10. SEI ONDE QUERO IR				
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA				
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE				

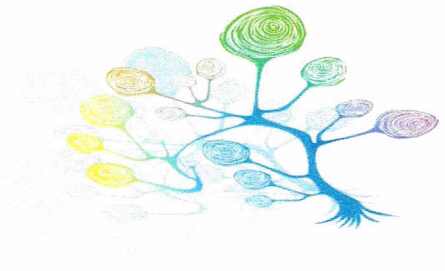
ANEXO II - Escala de Esperança de Herth (HHI)

ANEXO III – Comprovativo da participação com uma Comunicação Oral, inserida na mesa

“*Fim de Vida*”, no Congresso Luso Brasileiro de Enfermagem e Bioética

VII ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA
Bioética e Responsabilidade Social em Saúde
ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM E BIOÉTICA
Equidade e Responsabilidade Social em Enfermagem

18 - 20 de Julho de 2012



Certificado

Certifica-se que **Sandra Gaspar** apresentou a comunicação ***Estratégias de promoção da esperança nos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida*** na mesa ***Fim de Vida*** do ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM E BIOÉTICA, das 15:30 às 16:30, no dia 18 de Julho de 2012, na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Barbosa', written over a horizontal line.

Prof. Doutor António Barbosa
Presidente da Comissão Organizadora

Lisboa, 23 de Julho de 2012

ANEXO IV - Autorização para realização dos Estudos de Caso



Declaração de Consentimento para Estudo de Caso

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

(I)

A participação pessoal em trabalhos de investigação clínica ou epidemiológica e acesso a dados pessoais de saúde só pode realizar-se se, *a priori*, se obtém consentimento na forma escrita (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto).

O actual trabalho de investigação insere-se num estudo que decorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico cirurgicada da Universidade Católica Portuguesa em Lisboa, tem como principal objectivo descrever as intervenções promotoras de esperança em clientes em fim de vida. Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo algumas informações do seu processo clínico e social. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

Este estudo não lhe trará **nenhuma despesa ou risco**. As informações recolhidas serão efectuadas através de um questionário que não será gravado. Os autores poderão tomar notas escritas para permitir uma melhor compreensão dos factos.

Todos os dados e elementos que possam conduzir à identificação serão **anonimizados** ou suprimidos.

Qualquer informação poderá ser **confidencial** e não será revelada a terceiros, nem publicada, se assim o manifestar.

A sua participação neste estudo é **voluntária** e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

(II)

Declaro, ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelos investigadores que assinam este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta. Autorizo a publicação dos dados que transmiti indicado, bem como os procedimentos directamente relacionados que sejam necessários ao processo de investigação e justificados por razões devidamente fundamentadas.

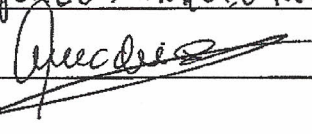
Não hesite em solicitar mais informações aos autores se não estiver completamente esclarecido.

Verifique se todas as informações estão correctas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assinie este documento.

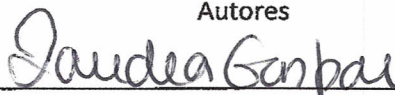
_____ (localidade), 29 / 07 / 2012 (data)

ANTÓNIO JOÃO MARQUES RENDES MADEIRA (nome)

Assinatura



Autores



(Sandra Gaspar)



(Joana Bragança)

Exma. Sr^a Enfermeira Chefe da Unidade de
Cuidados Continuados e Paliativos do
Hospital da Luz

No âmbito da unidade curricular de Estágio, decorrente do Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa tive oportunidade de integrar a equipa dos Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, equipa competente, que faz um investimento profundo e que se reveste como pilar dos cuidados paliativos.

Tive oportunidade de desenvolver, e sob colaboração/orientação da Enfermeira Joana Bragança, um aprimoramento não apenas teórico, mas conjugado com a prática, nomeadamente na promoção da esperança ao doente em fim de vida. Para tal, e com o seu conhecimento, utilizámos a Escala de Esperança de Herth em alguns doentes, tendo sido realizado um estudo de caso, dando visibilidade à escala de Esperança de Herth aplicada.

Venho por este meio solicitar à Exma. Sr^a Enfermeira Chefe uma declaração da sua parte em como teve conhecimento da realização deste estudo de caso, aí na unidade, no sentido de podermos, (eu e a Enfermeira Joana) de forma transparente, proceder à sua divulgação.

Sem mais assunto de momento e aguardando uma resposta breve, agradeço desde já a sua disponibilidade.

Atenciosamente Sandra Gaspar

Tomrei conhecimento
Nélia Trindade
29/06/12

APÊNDICES

APÊNDICE I - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem CIPE adaptadas à UCPHL



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular de Estágio: Módulo III (Opção)

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do

Hospital da Luz

Estudantes: Joana Fernandes e Sandra Gaspar

Orientadoras de Estágio: Enf.^a Lucinda Marques e Enf. Joana Bragança

Tutora de Estágio: Prof.^a Georgeana Marques da Gama

LISBOA, Junho 2012

INDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	5
2.1 RESPIRAÇÃO	5
2.1.1 Ventilação espontânea comprometida	5
2.1.2 Cansaço actual	5
2.1.3 Tosse actual	7
2.1.4 Limpeza das vias aéreas comprometida	8
2.2 CIRCULAÇÃO/TEMPERATURA	8
2.2.1 Hipotensão actual	9
2.2.2 Hipertensão actual	9
2.2.4 Hipotermia actual	9
2.2.5 Risco de hiperglicemia	10
2.2.6 Hiperglicémica actual	10
2.2.7 Risco de hipoglicémia	11
2.2.8 Hipoglicémia actual	11
2.2.9 Risco de Hemorragia	12
2.2.10 Hemorragia na cavidade nasal	12
2.2.11 Hemorragia na cavidade oral	13
2.2.12 Hemorragia no sistema gastro-intestinal superior actual	14
2.2.13 Hemorragia no sistema gastro-intestinal inferior actual	14
2.2.14 Hemorragia no sistema urinário superior actual	15
2.2.15 Hemorragia no sistema respiratório actual	16
2.2.16 Risco de infecção	17
2.3-NUTRIÇÃO/DIGESTÃO	17
2.3.1 Ingestão de alimentos diminuída	18
2.3.2 Alimentação, dependente	18
2.3.3 Risco de aspiração	19
2.3.4 Náusea actual	20
2.3.5 Vômito actual	20

2.3.6	Deglutição comprometida	21
2.4	VOLUME DE LIQUIDOS	22.
2.4.1	Desidratação actual	22
2.4.2	Edema actual	23
2.5	ELIMINAÇÃO	23
5.1	Retenção urinária actual	24
5.2	Eliminação urinária, dependente	24
5.3	Risco de retenção urinária	24
5.4	Obstipação actual	25
5.5	Risco de obstipação	25
5.6	Oclusão actual	26
5.7	Diarreia actual	26
2.6	TEGUMENTOS	26
2.6.1	Cuidar da higiene pessoal dependente	26
2.6.2	Úlcera de pressão actual	27
2.6.3	Risco de úlcera de pressão	27
2.6.4	Ferida actual	28
2.6.5	Prurido actual	29
2.6.6	Hematoma actual	29
2.6.7	Mucosite	30
2.6.8	Xerostomia	30
2.7	ATIVIDADE MOTORA	31
2.7.1	Mobilidade comprometida	31
2.7.2	Risco de queda	32
2.8	SENSAÇÃO REPOUSO	33
2.8.1	Dor actual	33
2.8.2	Sono comprometido	35
2.8.3	Conforto diminuído	36
2.9	AVALIAÇÃO DA PESSOA	37
2.9.1	Comunicação comprometida	37
2.9.2	Agitação actual	38

2.9.3 Ansiedade atual.....	39
2.9.4 Auto imagem perturbada	41
2.9.5 Delirium actual	42
2.9.6 Falta de esperança	43
2.9.7 Medo actual	47
2.9.8 Processo familiar comprometido	48
2.9.9 Autoestima baixa actual	49
2.9.10 Luto actual	49
2.10 REPRODUÇÃO/OBSERVAÇÕES	50
2.10.1 Parceria com família para a continuidade de cuidados, comprometida ...	50

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem têm um papel fulcral, é por isso esperado que os enfermeiros apresentem respostas consistentes ao longo do percurso, mais ou menos longo, de sofrimento da pessoa e família.

Partindo da profunda convicção de que nos cuidados paliativos se prestam e desenvolvem cuidados verdadeiramente intensivos de conforto à pessoa em fim de vida, a garantia da qualidade de vida e a defesa da dignidade da pessoa são os fundamentos que sustentam os cuidados de enfermagem. Para que tal aconteça é essencial a existência de equipas como a equipa dos Cuidados Paliativos do Hospital da Luz, competentes, que fazem um investimento profundo e que se revestem como pilares dos cuidados paliativos.

A realização deste trabalho tem como objetivo dar um contributo ao instrumento de registos utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz no exercício da prática clínica. A sua execução foi baseada na versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (CIPE 2.0); no catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Cuidados Paliativos para uma Morte Digna e na tese de Mestrado realizada pela Enfermeira Joana Bragança com a temática “Enfermeiros de Cuidados Paliativos, como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados”.

2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

2.1 RESPIRAÇÃO

Diagnóstico – Ventilação espontânea comprometida

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Vigiar secreções no indivíduo
- Aspirar secreções no indivíduo
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Vigiar cânula de traqueostomia
- Executar higiene a traqueostomia
- Posicionar o doente**
- Solicitar apoio
- Gerir atividades executadas pelo próprio
- Envolver membro da família
- Envolver prestador de cuidados
- Ensinar técnica respiratória
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Dispneia atual

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Vigiar secreções no indivíduo
- Aspirar secreções no indivíduo
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Identificar fatores desencadeantes de dispneia em repouso
- Identificar fatores desencadeantes de dispneia funcional
- Posicionar o doente**
- Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- Assistir o indivíduo no autocuidado
- Assistir o indivíduo no treino de marcha
- Executar atividades de vida diária do indivíduo
- Executar autocuidado no indivíduo
- Gerir ambiente físico
- Solicitar apoio
- Avaliar bem-estar físico**
- Avaliar bem-estar psicológico**
- Apoiar o estado psicológico**
- Escutar o indivíduo
- Gerir controlo de sintomas**
- Gerir atividades executadas pelo próprio
- Envolver membro da família
- Envolver prestador de cuidados
- Ensinar técnica respiratória
- Gerir a medicação**
- Implementar terapêutica da distração**
- Assistir inaloterapia
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Cansaço atual

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Vigiar secreções no indivíduo
- Aspirar secreções no indivíduo
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Determinar fator desencadeante do cansaço
- Posicionar o doente**
- Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- Assistir o indivíduo no autocuidado
- Assistir o indivíduo no treino de marcha
- Executar atividades de vida diária do indivíduo
- Executar autocuidado no indivíduo
- Gerir ambiente físico
- Solicitar apoio
- Avaliar bem-estar físico**
- Avaliar bem-estar psicológico**
- Apoiar o estado psicológico**
- Escutar o indivíduo
- Gerir controlo de sintomas**
- Gerir atividades executadas pelo próprio
- Envolver membro da família
- Envolver prestador de cuidados
- Ensinar técnica respiratória
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Tosse atual

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Vigiar secreções no indivíduo
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar sinais vitais
- Posicionar o doente**
- Solicitar apoio
- Determinar fator desencadeante de tosse
- Assistir o indivíduo (nas atividades de vida diária)
- Assistir o indivíduo no autocuidado
- Assistir o indivíduo no treino de marcha
- Executar atividades de vida diária do indivíduo
- Executar autocuidado no indivíduo
- Gerir ambiente físico

Diagnóstico – Limpeza das vias aéreas comprometida

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Vigiar secreções no indivíduo
- Aspirar secreções no indivíduo
- Aplicar soro fisiológico
- Gerir oxigenoterapia
- Monitorizar sinais vitais
- Posicionar o doente**
- Solicitar apoio

2.2 CIRCULAÇÃO/TEMPERATURA

Diagnóstico – Hipotensão atual

Intervenções:

- Executar levante progressivo do indivíduo
- Gerir atividade executada pelo próprio
- Incentivar repouso na cama
- Monitorizar sinais vitais
- Posicionar o indivíduo
- Vigiar respiração do indivíduo
- Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- Vigiar a ingestão de líquidos

Diagnóstico – Hipertensão atual

Intervenções:

- Gerir atividade executada pelo próprio
- Incentivar repouso na cama
- Monitorizar sinais vitais
- Posicionar o indivíduo
- Vigiar respiração do indivíduo
- Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Vigiar ingestão de alimentos

Diagnóstico – Hipertermia atual

Intervenções:

- Aplicar dispositivos de arrefecimento
- Monitorizar sinais vitais
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Vigiar respiração do indivíduo
- Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- Promover a ingestão de líquidos
- Monitorizar a temperatura
- Vigiar pele
- Trocar de roupa

Diagnóstico – Hipotermia atual

Intervenções:

- Aplicar dispositivos de aquecimento
- Monitorizar sinais vitais
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Vigiar respiração do indivíduo
- Vigiar consciência (com escala de Glasgow)
- Monitorizar a temperatura
- Vigiar pele

Diagnóstico – Risco de Hiperglicémia

Intervenções:

- Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais
- Solicitar apoio

- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Vigiar ingestão de alimentos
- Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**

Diagnóstico – Hiperglicémia atual

Intervenções:

- Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais
- Solicitar apoio
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Vigiar ingestão de alimentos
- Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Risco de Hipoglicémia

Intervenções:

- Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais

- Vigiar pele
- Solicitar apoio
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Vigiar ingestão de alimentos
- Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**

Diagnóstico – Hipoglicémia atual

Intervenções:

- Monitorizar glicemia capilar do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar pele
- Solicitar apoio
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Vigiar ingestão de alimentos
- Gerir a frequência da ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Risco de Hemorragia

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Gerir oxigenoterapia
- Incentivar repouso na cama
- Manter cabeceira elevada
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Vigiar dor
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Vigiar abdómen
- Vigiar expetoração
- Vigiar fezes
- Vigiar urina
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Hemorragia na cavidade nasal
--

Intervenções:

- Aplicar dispositivo de arrefecimento
- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia na cavidade nasal
- Incentivar repouso na cama
- Manter cabeceira elevada
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**

- Usar (toalhas escuras) para a higiene
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Hemorragia na cavidade oral

Intervenções:

- Aplicar dispositivo de arrefecimento
- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia na cavidade oral
- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- Executar higiene da cavidade oral do indivíduo
- Iniciar (dieta fria) no indivíduo
- Incentivar repouso na cama
- Manter cabeceira elevada
- Remover prótese dentária
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar líquidos eliminados
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Hemorragia no sistema gastrointestinal superior atual

Intervenções:

- Gerir oxigenoterapia
- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia gastrointestinal
- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral

- Executar higiene da cavidade oral do indivíduo
- Incentivar repouso na cama
- Manter cabeceira elevada
- Posicionar o indivíduo
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Monitorizar líquidos eliminados
- Remover prótese dentária
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Hemorragia no sistema gastrointestinal inferior atual

Intervenções:

- Gerir oxigenoterapia
- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia gastrointestinal
- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- Aplicar dispositivos de arrefecimento
- Incentivar repouso na cama
- Posicionar o indivíduo
- Vigiar abdómen
- Vigiar características das dejeções
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**

- Colaborar no regime dietético**
- Monitorizar líquidos eliminados
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Hemorragia no sistema urinário atual
--

Intervenções:

- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia urinária
- Executar algália no indivíduo
- Executar lavagem vesical no indivíduo
- Incentivar repouso na cama
- Vigiar características da urina
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Monitorizar líquidos eliminados
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Hemorragia no sistema respiratório atual

Intervenções:

- Monitorizar o status respiratório**
- Gerir oxigenoterapia
- Identificar fatores desencadeantes de hemorragia respiratória
- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- Incentivar repouso na cama
- Posicionar o indivíduo
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Monitorizar líquidos eliminados
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Vigiar mucosas
- Vigiar pele
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Usar (toalhas escuras) para a higiene

Diagnóstico – Risco de Infecção

Intervenções:

- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar sinais de hipertermia
- Vigiar local de inserção de punção
- Avaliar suscetibilidade à infeção

- Trocar dispositivos
- Gerir segurança ambiental

2.3 NUTRIÇÃO/DIGESTÃO

Diagnóstico – Ingestão de alimentos diminuída

Intervenções:

- Adequar consistência dos alimentos
- Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Monitorizar peso corporal
- Vigiar dor
- Vigiar ingestão de alimentos
- Solicitar apoio
- Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Registar padrão alimentar

Diagnóstico – Alimentação dependente

Intervenções:

- Adequar consistência dos alimentos
- Alimentar o indivíduo
- Posicionar o indivíduo
- Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- Alimentar por sonda nasogástrica
- Alimentar por gastrostomia/PEG
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Monitorizar peso corporal
- Vigiar dor
- Vigiar náuseas e vômitos
- Vigiar ingestão de alimentos
- Solicitar apoio
- Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Registar padrão alimentar

Diagnóstico – Risco de aspiração

Intervenções:

- Monitorizar o status fisiológico**
- Adequar consistência dos alimentos
- Alimentar o indivíduo
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Posicionar o indivíduo

- Solicitar apoio
- Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- Registrar padrão alimentar

Diagnóstico – Náusea atual

Intervenções:

- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Manter cabeceira elevada
- Monitorizar sinais vitais
- Providenciar dispositivo de recolha e absorção (saco de vômito)
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Vigiar dor
- Vigiar ingestão de alimentos
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Solicitar apoio
- Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Registrar padrão alimentar

Diagnóstico – Vômito atual

Intervenções:

- Gerir ambiente físico do indivíduo

- Manter cabeceira elevada
- Posicionar o doente
- Monitorizar sinais vitais
- Providenciar dispositivo de recolha e absorção (saco de vômito)
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Vigiar dor
- Vigiar ingestão de alimentos
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Solicitar apoio
- Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Registar padrão alimentar

Diagnóstico – Deglutição comprometido

Intervenções:

- Adequar consistência dos alimentos
- Vigiar sinais de (lentificação) na deglutição
- Vigiar sinais de disfagia
- Supervisionar o indivíduo a alimentar-se
- Posicionar o indivíduo
- Executar entubação nasogástrica no indivíduo
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Gerir o regime dietético**
- Monitorizar peso corporal

- Vigiar dor
- Vigiar náuseas e vômitos
- Solicitar apoio
- Incentivar a ingestão de alimentos da preferência do indivíduo
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**
- Avaliar comportamento relativamente à comida e bebida**
- Registrar padrão alimentar

2.4 VOLUME DE LÍQUIDOS

Diagnóstico – Desidratação atual

Intervenções:

- Aplicar hidratante na mucosa oral
- Aplicar protetor/tratamento cutâneo na região corporal
- Incentivar a ingestão de líquidos
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar líquidos eliminados
- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar balanço hídrico
- Gerir o regime dietético
- Colaborar no regime dietético
- Vigiar pele

Diagnóstico – Edema atual

Intervenções:

Monitorizar edema (sinal de Godet)

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo na região corporal
- Monitorizar sinais vitais
- Monitorizar líquidos eliminados
- Monitorizar peso corporal
- Posicionar o indivíduo
- Solicitar apoio
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Monitorizar balanço hídrico
- Gerir o regime dietético
- Colaborar no regime dietético
- Vigiar pele

5.7 ELIMINAÇÃO

Diagnóstico – Retensão urinária atual

Intervenções:

- Aplicar dispositivo urinário
- Providenciar arrastadeira
- Providenciar cadeira sanitária
- Executar algáliação no indivíduo
- Monitorizar líquidos administrados e eliminados pelo indivíduo
- Inspeccionar globo vesical
- Identificar características da urina
- Solicitar apoio
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Eliminação urinária dependente

Intervenções:

- Aplicar dispositivo urinário
- Providenciar arrastadeira
- Providenciar cadeira sanitária
- Assistir o indivíduo na utilização do sanitário
- Executar algáliação no indivíduo
- Monitorizar balanço hídrico no indivíduo
- Monitorizar líquidos eliminados pelo indivíduo
- Inspeccionar globo vesical
- Identificar características da urina
- Incentivar a ingestão de líquidos

Diagnóstico – Obstipação atual

Intervenções:

- Estimular a mobilidade ativa
- Executar pesquisa de fecalomas no indivíduo
- Executar massagem ao abdómen
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Incentivar a ingestão de líquidos
- Promover a ingestão de líquidos
- Posicionar o indivíduo
- Solicitar apoio
- Vigiar dor
- Vigiar náuseas e vômitos
- Vigiar fezes
- Supervisionar frequência da eliminação

Diagnóstico – Risco de obstipação

Intervenções:

- Estimular a mobilidade ativa
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Incentivar a ingestão de líquidos
- Promover a ingestão de líquidos
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Posicionar o indivíduo
- Solicitar apoio
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Vigiar fezes

Diagnóstico – Oclusão intestinal atual

Intervenções:

- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Posicionar o indivíduo
- Solicitar apoio
- Vigiar dor
- Vigiar náuseas e vômitos
- Vigiar fezes
- Supervisionar frequência da eliminação
- Executar entubação nasogástrica
- Executar hidratação
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

- Vigiar ruídos hidroaéreos

Diagnóstico – Diarreia atual

Intervenções:

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Estimular a mobilidade ativa
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Incentivar a ingestão de líquidos
- Promover a ingestão de líquidos
- Vigiar a ingestão de líquidos
- Vigiar fezes
- Gerir a frequência de ingestão de alimentos
- Posicionar o indivíduo
- Solicitar apoio
- Vigiar dor
- Vigiar pele

2.6 TEGUMENTOS

Diagnóstico – Cuidar da higiene pessoal dependente

Intervenções:

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Assistir higiene da região corporal
- Assistir o indivíduo no banho
- Assistir higiene da prótese dentária

- Preparar dispositivos de banho
- Executar higiene da região corporal
- Executar higiene de prótese dentária
- Supervisionar higiene da região corporal
- Supervisionar higiene da prótese dentária
- Vigiar pele
- Solicitar apoio (manicure)

Diagnóstico – Úlcera de pressão atual

Intervenções:

- Vigiar pele
- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Avaliar ferida
- Aplicar dispositivo
- Assistir no posicionar
- Posicionar o indivíduo
- Aplicar colchão anti escaras
- Estimular a atividade executada pelo próprio
- Estimular a mobilidade
- Monitorizar (Escala de Braden) no indivíduo
- Solicitar apoio
- Massajar o indivíduo
- Executar tratamento à ferida
- Executar registos em folha própria

Diagnóstico – Risco de úlcera de pressão

Intervenções:

- Vigiar pele
- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Aplicar dispositivo
- Assistir no posicionar
- Posicionar o indivíduo
- Aplicar colchão anti escaras
- Estimular a atividade executada pelo próprio
- Estimular a mobilidade
- Monitorizar (Escala de Braden) no indivíduo
- Massajar o indivíduo
- Solicitar apoio

Diagnóstico – Ferida atual

Intervenções:

- Executar tratamento a ferida cirúrgica
- Executar tratamento a ferida traumática
- Executar tratamento a lesão crónica
- Executar tratamento a ferida da pele
- Vigiar pele
- Avaliar ferida
- Vigiar (sinais inflamatórios)
- Aplicar dispositivo
- Assistir no posicionar
- Posicionar o indivíduo
- Massajar o indivíduo
- Vigiar dor
- Solicitar apoio
- Executar registos em folha própria
- Gerir a medicação**

- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico – Prurido atual

Intervenções:

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Assistir higiene da região corporal
- Executar higiene da região corporal
- Supervisionar higiene da região corporal
- Vigiar pele
- Vigiar prurido
- Solicitar apoio (manicure)

Diagnóstico – Hematoma atual

Intervenções:

- Aplicar dispositivo de arrefecimento
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar consciência (escala de Glasgow)
- Vigiar hematoma
- Vigiar pele
- Vigiar mucosas
- Vigiar (sinais inflamatórios)
- Assistir no posicionar
- Posicionar o indivíduo
- Massajar o indivíduo
- Vigiar dor
- Solicitar apoio
- Gerir a medicação**

- Avaliar resposta à medicação**

Diagnóstico - Mucosite

Intervenções:

- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- Monitorizar sinais vitais
- Vigiar mucosas
- Avaliar cavidade oral
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Ensinar acerca da crioterapia
- Aplicar a crioterapia
- Aplicar anestésico tópico
- Ensinar a Lavagem os dentes e gengivas com esponja ou escova
- Executar a Lavagem os dentes e gengivas com esponja ou escova
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**

Diagnóstico: Xerostomia

Intervenções:

- Incentivar o indivíduo na higiene da cavidade oral
- Realizar a higiene da cavidade oral
- Gerir hidratação oral, local e tópica
- Promover a ingestão de grandes quantidades de água e de outros líquidos
- Incentivar (mascar pastilhas)
- Usar substitutos da saliva

- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**
- Gerir o regime dietético**
- Ensinar acerca da ingestão nutricional**
- Colaborar no regime dietético**

2.7 ATIVIDADE MOTORA

Diagnóstico – Mobilidade comprometida

Intervenções:

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Assistir levante progressivo
- Assistir o doente no andar
- Assistir técnica de marcha
- Assistir técnica de transferência do indivíduo
- Avaliar capacidade de mobilização
- Estimular a mobilidade ativa
- Incentivar o indivíduo a mobilizar-se na cadeira
- Mobilizar o indivíduo de hora a hora na cadeira (push ups)
- Executar levante progressivo do indivíduo
- Executar transferências do indivíduo
- Transferir o indivíduo para o cadeirão
- Posicionar o indivíduo de duas em duas horas, segundo rotação programada de decúbitos
- Assistir o indivíduo nos posicionamentos
- Envolver membros da família
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo

- Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- Promover uso de calçado adequado no indivíduo
- Providenciar dispositivo de mobilização (andarilho)
- Treinar marcha com equipamentos adaptativos
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Assegurar que o indivíduo tenha tudo o que necessita ao seu alcance
- Manter grade da cama elevada quando o indivíduo está sozinho
- Avaliar o controlo de sintomas
- Referir para fisioterapia

Diagnóstico – Risco de queda

Intervenções:

- Providenciar dispositivos de segurança**
- Tranquilizar o indivíduo
- Orientar o indivíduo no quarto, meios auxiliares e assistência
- Aplicar cama baixa
- Baixar plano da cama
- Providenciar sistema de chamada
- Envolver membros da família
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- Promover uso de calçado adequado no indivíduo
- Providenciar dispositivo de mobilização (andarilho)
- Posicionar o indivíduo
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Documentar em notas a queda

Diagnóstico – Autocuidado, comprometido

Intervenções:

- Avaliar grau de dependência no autocuidado (índice de Barthel)
- Adequar cuidados de higiene segundo efeito de laxantes e diuréticos
- Assistir no autocuidado (eliminação intestinal)
- Assistir no autocuidado (eliminação vesical)
- Assistir no autocuidado (vestir e despir)
- Assistir no autocuidado (alimentação)
- Instruir sobre o autocuidado

2.8 SENSACÃO/REPOUSO

Diagnóstico – Dor atual

Intervenções:

- Avaliar a dor**
- Aplicar dispositivos de avaliação da dor
- Monitorizar sinais vitais**
- Avaliar a ansiedade (escala de Edmonton)**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar o *coping*
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Avaliar as expectativas**
- Avaliar a fadiga

- Avaliar o medo
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem
- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Aconselhar acerca dos medos**
- Aconselhar acerca das esperanças
- Incentivar as afirmações positivas
- Incentivar o repouso
- Estabelecer a confiança**
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- Avaliar a resposta à medicação**
- Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- Implementar terapêutica de distração**
- Implementar terapêutica do humor**
- Envolver no processo de decisão
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir o regime de exercício
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor
- Posicionar o doente
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**

- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar privacidade
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Ensinar acerca do processo de morte
- Ensinar a gestão da dor**
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar acerca do regime de tratamento**
- Ensinar família acerca da doença**
- Colaborar com o médico**
- Colaborar com o farmacêutico**

Diagnóstico – Sono comprometido

Intervenções:

- Aumentar a atividade executada pelo próprio durante o dia
- Diminuir sesta durante o dia
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Monitorizar ansiedade do indivíduo (escala de Edmonton)
- Vigiar estado emocional do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais

Diagnóstico – Conforto diminuído

Intervenções:

- Aplicar protetor/tratamento cutâneo em região corporal
- Envolver membros da família
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Identificar causa do desconforto do indivíduo
- Monitorizar sinais vitais
- Avaliar a fadiga
- Avaliar o medo
- Avaliar o medo da morte
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem
- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar a dor**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controlo farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar capacidades
- Avaliar o *coping*
- Avaliar as crenças culturais

- Avaliar o ambiente
- Avaliar as expectativas**
- Promover o autocuidado**
- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Avaliar a resposta à medicação**
- Implementar terapêutica de distração**
- Implementar terapêutica do humor**
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Apoiar o estado psicológico**
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Gerir a medicação**
- Avaliar resposta à medicação**

2.9 AVALIAÇÃO DA PESSOA

Diagnóstico – Comunicação comprometida
--

Intervenções:

- Ajustar dispositivo de comunicação
- Envolver membro da família
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Identificar a alteração da comunicação
- Vigiar (estado emocional) do indivíduo

- Avaliar atitude relativamente à doença**
- Estabelecer confiança**
- Ensinar família acerca do regime**
- Ensinar família acerca do processo de doença**
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Apoiar o estado psicológico**
- Providenciar apoio emocional**
- Avaliar a cognição**
- Implementar a terapia da validação**
- Encorajar as afirmações positivas**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar os sucessos**
- Promover a autoestima**
- Envolver no processo de tomada de decisão**

Diagnóstico – Agitação atual

Intervenções:

- Providenciar dispositivos de segurança**
- Aplicar cama baixa
- Baixar plano da cama
- Envolver membros da família
- Envolver prestador de cuidados
- Gerir ambiente físico do indivíduo
- Monitorizar risco de queda (escala de Morse)
- Posicionar o indivíduo
- Vigiar consciência (Escala de Glasgow)
- Avaliar a cognição**
- Implementar a terapia da validação**
- Estabelecer prioridades no regime**

- Proporcionar orientação para a realidade**
- Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória**
- Avaliar o controlo de sintomas**
- Referir para psicóloga
- Avaliar a dor**

Diagnóstico – Ansiedade atual

Intervenções:

- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar a dor**
- Avaliar a ansiedade (escala de Edmonton)**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar capacidades
- Avaliar o *coping*
- Avaliar as crenças culturais
- Avaliar o ambiente
- Avaliar as expectativas**
- Avaliar o *coping* da família
- Avaliar a fadiga
- Avaliar o medo
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem

- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Aconselhar acerca dos medos**
- Aconselhar acerca das esperanças
- Incentivar as afirmações positivas
- Incentivar o repouso
- Estabelecer a confiança**
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- Avaliar a resposta à medicação**
- Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- Implementar terapêutica de distração**
- Implementar terapêutica do humor**
- Envolver no processo de decisão
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir o regime de exercício
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor
- Posicionar o doente
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**
- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar orientação antecipatória à família**
- Proporcionar privacidade
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Proporcionar apoio espiritual
- Encaminhar para a terapia ocupacional

- Encaminhar para a fisioterapia
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Apoiar o uso de terapêutica tradicional
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Ensinar acerca do processo de morte
- Ensinar a gestão da dor**
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar acerca do regime de tratamento**
- Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Autoimagem perturbada

Intervenções:

- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem
- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Aconselhar acerca das esperanças
- Incentivar as afirmações positivas

- Estabelecer a confiança**
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**
- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar privacidade
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Ensinar acerca do processo de morte
- Ensinar a gestão da dor**
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar acerca do regime de tratamento**
- Ensinar família acerca da doença**
- Encaminhar para a psicóloga

Diagnóstico – Delírium atual

Intervenções:

- Avaliar a cognição**
- Implementar a terapia da validação**
- Estabelecer prioridades do regime**

- Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória**
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Apoiar os prestadores de cuidados**
- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar a dor**
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar a resposta à medicação**
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor
- Monitorizar o estado respiratório
- Observar a perceção alterada
- Posicionar o doente
- Proporcionar orientação antecipatória à família**
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Proporcionar apoio espiritual
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Falta de esperança

Intervenções:

- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar capacidades

- Avaliar o *coping*
- Avaliar as crenças culturais
- Avaliar as expectativas**
- Avaliar a fadiga
- Avaliar o medo
- Avaliar o medo da morte
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar a resposta psicológica ao ensino
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem
- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Aconselhar acerca dos medos**
- Aconselhar acerca das esperanças
- Incentivar as afirmações positivas
- Estabelecer a confiança**
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- Avaliar a resposta à medicação**
- Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- Implementar terapêutica de distração**
- Implementar terapêutica do humor**
- Envolver no processo de decisão
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir o regime de exercício
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor

- Monitorizar o estado respiratório
- Observar a perceção alterada
- Posicionar o doente
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**
- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar orientação antecipatória à família**
- Proporcionar privacidade
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Proporcionar apoio espiritual
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Ensinar acerca do processo de morte
- Ensinar a gestão da dor**
- Ensinar acerca da medicação
- Ensinar acerca do regime de tratamento**
- Ensinar família acerca da doença**

Diagnóstico – Medo atual

Intervenções:

- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar a dor**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controle farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar capacidades
- Avaliar o *coping*
- Avaliar as crenças culturais
- Avaliar o ambiente
- Avaliar as expectativas**
- Avaliar o medo da morte
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoestima
- Avaliar a autoimagem
- Avaliar as crenças espirituais
- Avaliar o bem-estar espiritual
- Aconselhar acerca dos medos**
- Aconselhar acerca das esperanças
- Incentivar as afirmações positivas
- Estabelecer a confiança**
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da medicação
- Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor
- Avaliar a resposta psicossocial ao plano de cuidados
- Avaliar a resposta à medicação**
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- Implementar terapêutica de distração**

- Implementar terapêutica do humor**
- Envolver no processo de decisão
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**
- Promover a autoestima**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar privacidade
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Proporcionar apoio espiritual
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Ensinar acerca do processo de doença**
- Ensinar acerca do processo de morte

Diagnóstico – Processo familiar comprometido
--

Intervenções:

- Avaliar o stress do prestador de cuidados

- Avaliar o apoio social
- Colaborar com a assistência social
- Estabelecer a confiança**
- Facilitar o acesso ao tratamento
- Promover o apoio social
- Proporcionar orientação antecipatória à família**
- Proporcionar apoio social
- Comunicar o estado a um familiar**
- Apoiar o processo de luto da família**
- Ensinar a família acerca do regime**

Diagnóstico: Autoestima baixa, atual

Intervenções:

- Avaliar o controlo de sintomas**
- Avaliar a dor**
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar atitude relativamente a doença**
- Avaliar atitude relativamente ao controlo farmacológico
- Avaliar atitude relativamente ao regime terapêutico
- Avaliar capacidades
- Avaliar o *coping*
- Avaliar as crenças culturais
- Avaliar o ambiente
- Avaliar as expectativas**
- Avaliar o bem-estar físico**
- Avaliar o bem-estar psicológico**
- Avaliar o autocuidado
- Avaliar a autoimagem

- Incentivar as afirmações positivas
- Estabelecer a confiança**
- Avaliar a resposta à medicação**
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de fim de vida
- Implementar terapêutica do humor**
- Envolver no processo de decisão
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir a medicação**
- Gerir a dor
- Promover a esperança
- Promover a definição de limites
- Promover o autocuidado**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar privacidade
- Proporcionar orientação para a realidade**
- Reforçar os sucessos**
- Reforçar as capacidades**
- Reforçar a identidade pessoal
- Reforçar a definição de prioridades
- Reforçar a autoeficácia
- Apoiar o processo de decisão
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Ensinar acerca do processo de doença**

Diagnóstico: Luto Atual

Intervenções:

- Avaliar atitude relativamente a doença**

- Avaliar capacidades da família
- Avaliar o *coping* da família
- Avaliar as crenças culturais da família
- Avaliar as crenças espirituais da família
- Avaliar o bem-estar espiritual da família
- Estabelecer a confiança**
- Facilitar a capacidade de desempenhar papéis
- Facilitar a capacidade de falar acerca do processo de luto
- Manter a dignidade e a privacidade
- Gerir o regime de exercício
- Gerir a medicação**
- Proporcionar apoio emocional
- Proporcionar apoio espiritual
- Apoiar as crenças
- Apoiar o processo de tomada de decisão da família
- Apoiar o estado psicológico**
- Apoiar rituais espirituais
- Ensinar acerca do processo de morte
- Envolver família
- Apoiar família**
- Solicitar apoio

2.10 REPRODUÇÃO/OBSERVAÇÕES

Diagnóstico – Parceria com família para a continuidade de cuidados comprometida

Intervenções:

- Apoiar o prestador de cuidados
- Avaliar a capacidade do prestador de cuidados

- Distribuir material educativo
- Informar prestador de cuidados
- Envolver família
- Apoiar prestador de cuidados**
- Apoiar família**
- Ensinar a família acerca do processo de doença**
- Ensinar a família acerca do regime**
- Reforçar as capacidades do indivíduo**
- Reforçar as capacidades do prestador de cuidados**
- Solicitar apoio

APÊNDICE II – Estudos de Caso desenvolvidos relativamente à Implementação Prática da Promoção da Esperança no Doente em Fim de Vida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO

HOSPITAL DA LUZ – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

ESTUDOS DE CASO

Tutoria : Professora Marques da Gama

Orientação: Enfermeira Joana Bragança

Estudante: Sandra Gaspar nº 192011023

SINTRA, JUNHO 2012

CASO 1

M.L., 60 anos, casada, 1 filho de 19 anos, 1 enteado, filho de anterior casamento do marido, 11 irmãos, professora de educação física. Neoplasia da mama esquerda em 1997 tendo sido submetida a cirurgia conservadora e quimioterapia adjuvante. Recidiva ganglionar axial esquerda em 2010, QT +RT local, metástases na parede latero-posterior em agosto de 2011, 2ª linha de QT com Taxano. Março de 2012 metástases ósseas e cerebrais. RT Holocraneana de 19/3 a 12/4 altura em que suspendeu quimioterapia.

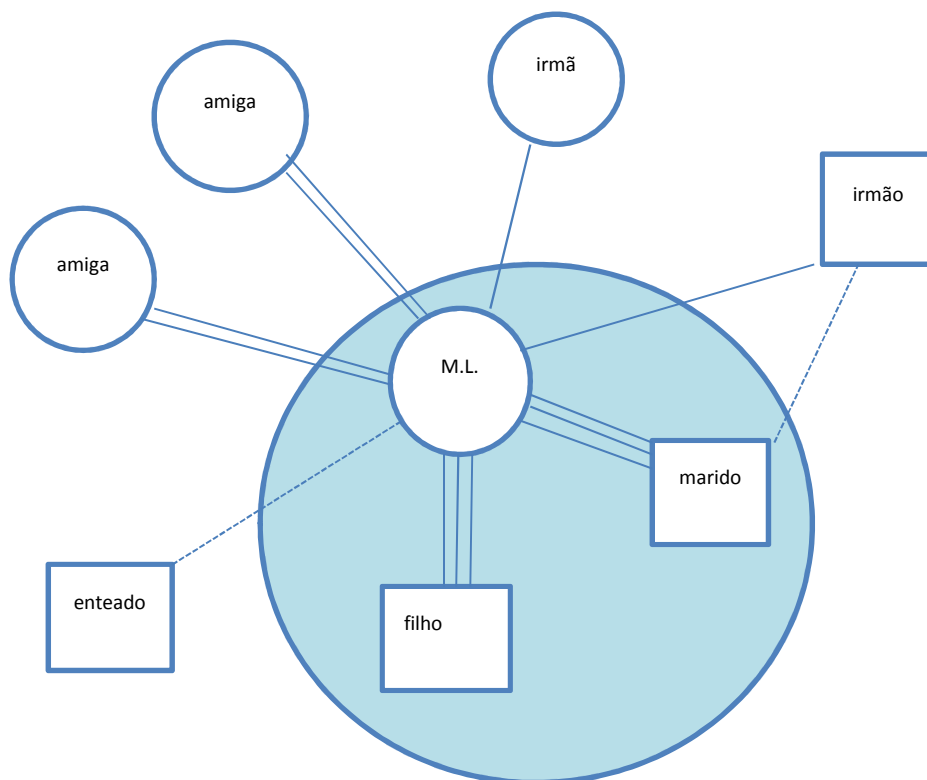
MI controle sintomático: Dor, tonturas, anorexia, náuseas e vômitos, diminuição da força nos membros inferiores, astenia.

Consciente, orientada no T/E/P períodos de esquecimento fácil.

Emagrecida, asténica e adinâmica, debilitada, alopecia total

Dor, tonturas, anorexia, náuseas e vômitos, diminuição marcada do equilíbrio e da força nos membros inferiores.

Aplicada a escala após 48h de internamento na unidade



A experiência de doença terminal está geralmente impregnada de sofrimento para a pessoa e família. Através de uma linguagem que lhe é própria caracterizada por gemidos, lágrimas, tristeza... , a pessoa procura no outro algo que a ajude a suportar ou a dar sentido ao seu sofrimento – uma palavra de conforto, uma presença íntegra, um toque caloroso, uma escuta atenta...na relação que estabeleci com esta doente procurei e foi fulcral o encontro entre doente e enfermeiro no sentido do estabelecimento de uma relação terapêutica, de confiança, em que a doente fosse capaz de expressar os seus sentimentos e pensamentos relativos à sua situação de vida dando-me a possibilidade de “entrar” na sua vida tendo para isso sido pilar eu ter estado “aberta” e consciente dos diversos níveis de comunicação pois só assim seria possível conhecer e compreender profundamente a doente.

Tomei uma iniciativa, consciente, madura, inicialmente dolorosa, inquietante, insegura, em tentar estabelecer um encontro mais profundo com esta doente. Foi fundamental o tempo, o espaço a confiança, os dias, os momentos de cuidados, as partilhas de vivências triviais, no sentido da doente estar preparada para falar dos seus sentimentos mais profundos. Demostrei abertura, através de uma presença atenta, disponibilidade, capacidade de escuta, atitude receptiva, toque emocional e físico, havia como que uma “ligação”. A partir de determinada altura esta doente era sentida como um ser humano único, uma companheira neste caminho de vida para si e neste fascinante caminho de crescimento para mim. Foi uma relação em que pairou o respeito pelos seus valores e autodeterminação, o afecto, a sinceridade, a abertura, a confiança. Sem exigências para com a doente, aceitando-a tal como ela é, verdadeiramente. Centrei-me nas suas experiências compreendendo-a e manifestando-lhe essa compreensão, proporcionando um envolvimento harmonioso.

Sinto que cresci na relação com o Outro, pela forma como compreendo e vejo a pessoa cuidada. Não que não o fizesse até aqui mas sinto que o faço de forma mais completa e consciente no sentir do outro, numa relação que se estabelece pela empatia, na descoberta da ajuda a quem sofre. O conforto e a promoção da esperança foram os aspectos fundamentais nos quais me debrucei e para os quais elaborei intervenções individuais pude sentir um enorme sentimento de realização pessoal, porque me senti útil e uma figura positiva no alívio do sofrimento da doente.

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

Aplicada 72h após admissão na Unidade

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA			X <i>“vim para aqui para ter alguma qualidade nesta fase, nos hospitais públicos vê-se muito sofrimento”.</i>	
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	X <i>“sinto-me perdida quando penso no futuro”</i>			
3. SINTO-ME SOZINHO	X <i>“Eu choro, as minhas amigas choram, é sinal que há afectos”</i>			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES		X <i>“como? Não tenho força nas pernas, estou dependente de alguém para tudo”</i>		
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA		X <i>“Rezo para poder viver mais tempo”</i>		
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO				X <i>“...é que não queria morrer ainda, só gostava era de saber quanto tempo tenho de vida”</i>
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE				X <i>“lembro-me de tudo com se fosse hoje...a minha terra é muito bonita... a natureza e as termas. os queijos e as broas, ...”</i>
8. SINTO-ME FORTE		X <i>“já me custa muito lutar, estou fraca”</i>		
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER				X <i>“preocupo-me muito com o meu filho, ele ainda precisa muito de mim...os mimos nunca são demais”</i>

AFECTO/AMOR				
10. SEI ONDE QUERO IR	X <i>“da maneira que eu estou...”</i>			
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA		X <i>“acredito...o pior são as dores e as pernas fracas”</i>		
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE		X <i>“tenho muita gente à minha volta...eles precisam de mim...o meu marido coitado...não quero dar-lhes trabalho”</i>		

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

1. Proporcionar conforto/alívio de sintomas

Dor:

Terapêutica farmacológica, inicialmente com perfusão contínua de opióide em acesso SC e posteriormente passando a PO + analgésicos adjuvantes com boa resposta.

Realização de massagem de conforto, a nível dos membros inferiores e superiores, a perda de massa muscular tinha muita importância para si e o significado da massagem era referido por ela como a experiência de sentir-se especial.

Anorexia, náuseas e vômitos:

Terapêutica farmacológica.

Tranquilidade na hora da refeição, sem pressões

Pequenas refeições

Pequena quantidade em prato pequeno

Fruta cozida passada fresca e gelatina aumentado de consistência e intensidade à medida que os sintomas iam regredindo. Comer era um prazer enorme que esta senhora tinha, ela adorava comer.

Higiene oral

Proporcionar relaxamento, através da respiração lenta com relaxamento dos grupos musculares e uso de imaginação orientada

Tonturas:

Manter ambiente calmo e com pouca luz, gerido as inúmeras visitas.

Gradualmente foi melhorando e a tolerar actividades como ver TV, ler e fazer palavras cruzadas.

Diminuição de força nos membros inferiores e astenia:

Terapêutica farmacológica.

Exercícios passivos e progressivos dos membros inferiores.

Períodos de levante para o sofá, progressivamente foi melhorando pelo que passou a caminhar com apoio bilateral, unilateral e sob supervisão até que começou a realizar seções de fisioterapia no ginásio.

2. Incentivar a expressão de emoções e sentimentos

Autenticidade, presença atenta, disponibilidade, compreensão empática.

Utilização da escuta activa, da clarificação e feedback.

Estabelecimento de uma relação de confiança e segurança.

Exploradas expectativas face ao motivo do internamento, situação de doença, perspectivas futuras.

Respeito pelos seus valores e autodeterminação, afecto, sinceridade, abertura.

Afirmação de que não está sozinha e de que não a vamos abandonar neste momento da sua vida.

3. Facilitar o sentido de se encontrar “conectada” com os outros

Incentivar o desempenho do seu papel de esposa e mãe

Estimular o sentido de controlo sobre o presente, nomeadamente na vida do filho

Afirmação de que não está sozinha e de que não a vamos abandonar neste momento da sua vida.

Preocupação sempre presente como marido e o filho.

Nesta intervenção tiveram um papel fulcral as amigas, cuja presença era bastante apreciada pela doente. Era um dos momentos altos do seu dia, de facto eram pessoas com uma “energia” muito positiva.

Fala muitas vezes de uma terceira amiga, que também tem problemas de saúde e de quem tem saudades porque já não vê há alguns meses, tem receio de lhe ligar, desafiei que lhe escrevesse uma carta.

4. Ajudar a ver pequenas alegrias do presente:

Proporcionar-lhe comidas que ela goste à medida que deixa de ter náuseas e vómitos, recuperar o apetite tem vindo a ser um contentamento gigantesco.

A visita das amigas

Leitura do livro Viagem a Portugal de José Saramago que anda para ler há imenso tempo e que ainda não teve oportunidade, dado que o decréscimo na intensidade das tonturas já permite.

Reforços positivos para as suas pequenas conquistas

Reforço das suas capacidades

Incentivar as suas afirmações positivas

5. Conhecer o seu objecto de esperança

Fala na responsabilidade que tem pelo seu filho, mesmo depois da morte.

Tem esperança de poder assistir à entrada do filho na universidade de economia é o seu objecto de esperança, se este acontecimento se der, irá facilitar e tornar a doença e a morte menos traumática para ela.

6. Facilitar a exteriorização de crenças religiosas

É católica, não praticante, mas acredita em Deus e nesta fase tem esperança que Deus a ajude nos dias menos bons. Foi-lhe dado espaço para realizar as suas orações.

7. Estabelecer objectivos realistas com a doente, a curto prazo. Rever objectivos.

Mais à noite se se sentir bem ajudou-a a levantar-se para o sofá, é muito importante para ela receber a visita do filho sem ser na cama.

Já consegue comer sem ter náuseas e vómitos, sugerir ao marido que lhe traga um “miminho” surpresa.

Às 22h está planeada uma massagem nas pernas para dormir melhor.

Fomentar a viver um dia de cada vez, com objectivos realistas, estra preparada para os dias menos bons, ajudar a manter auto-confiança.

Recuperar a auto imagem, incentivando a utilização de lenço na cabeça no horário das visitas. Prestados reforços positivos quando o faz.

No período da tarde vai com a fisioterapeuta ao ginásio.

8. Encorajar a partilha de experiencias positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio

Esta intervenção, é de facto uma das que se destaca dado que a senhora tem um prazer imenso em contar histórias e falar das coisas boas da sua vida. Fazemos recorrentemente “viagens gastronómicas imaginárias”.

9. Envolver a doente no seu próprio progresso e na tomada de decisão.

À medida que se vai sentindo mais capaz, participa de forma activa nos assuntos financeiros da família, nomeadamente: na gestão do dinheiro para suportar o seu internamento na Unidade, Gestão do horário do filho, explicador, exames. Incentivada no seu desempenho de papéis e no sentido de controlo sobre o presente.

Na unidade é estabelecido com ela um plano, em que ela decide como é o seu dia.

10. Usar um espírito de “gostar de viver”, confrontar a doente com o aproveitar das coisas boas da vida, aproveitar o mundo à sua volta, ter uma atitude positiva. Utilizar o humor e boa disposição. Para ela ser optimista era manter estabilidade nos sintomas e alguma normalidade na vida apesar da doença. Existiu sempre da minha parte optimismo, positivismo e boa disposição o que foi relevante no sentido da segurança e da confiança. O bom humor permitiu aliviar a tensão inerente à gravidade da condição, trazer à tona as suas preocupações sobre a morte e o morrer sem nunca comprometer a dignidade e os valores da doente que vivencia na fase final da sua vida.

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH APLICADA CERCA DE 1 MÊS DEPOIS DO INÍCIO DO INTERNAMENTO

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA			X <i>“faz-me bem estar aqui, já me sinto melhor, consigo olhar para a frente com mais clareza, é aceitar (...) assim tenho qualidade de vida”</i>	
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	”			X <i>“Hoje vou ao ginásio, nunca pensei que conseguia voltar a andar”...“o meu filho teve muito boas notas...tenho mesmo esperança de o poder ver a entrar no ISEG”</i>
3. SINTO-ME SOZINHO	X <i>“não...nem pensar, estou muito bem, faz-me bem estar afastada lá de casa agora, o meu filho precisa concentrar-se a estudar, tem mais espaço e cabeça para estudar assim e eu também precisava sair de casa, retirar-me para pensar (...)”</i>			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES			X <i>“quero ir para um sítio parecido com este quando sair daqui, passar uns dias em casa e depois voltar”...“hoje quero vestir a minha roupa, sinto-me com coragem para caminhar um pouco com o meu marido”</i>	
5. TENHO UMA			X <i>“conforta sim,</i>	

FÉ QUE ME CONFORTA			<i>nos dias menos bons faz-me falta</i>	
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO		X <i>“as coisas agora estão controladas, tenho medo é de algum imprevisto”</i>		
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE				X <i>“quando eu dava aulas em cascais...foram muitos bons anos” “fomos de propósito...leitão da bairrada” “o meu filho era pequeno...caldeirada de Peniche”</i>
8. SINTO-ME FORTE			X <i>“mas já estou mais encorajada”</i>	
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR				X <i>“os mimos nunca são demais”</i>
10. SEI ONDE QUERO IR	X <i>“as nossas conversas fazem-me tão bem, depois fico a pensar nisso sabe...”</i>			
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA			<i>”</i>	X <i>“sim...tenho esperança de ter mais dias bons do que dias maus”</i>
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE				X <i>“estou a percorrer este caminho...a meta é uma incógnita mas para minha surpresa sinto-me tranquila relativamente a isso (...) tenho a noção que não o estou a fazer sozinha.”</i>

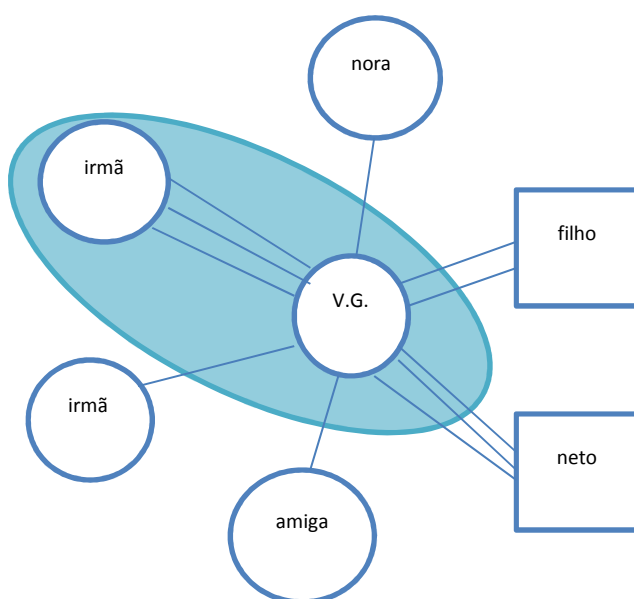
CASO 2

V.G. 59 anos, administradora da Abbot, divorciada, 1 filho, 1 neto de 2 anos. Duas irmãs que vivem no algarve sendo a Maria a cuidadora principal, 2 amigas muito presentes. Carcinoma pavimento-celular do couro cabeludo em Setembro 2011, Fevereiro 2012 metástases ósseas (coluna, fémur, bacia) e ganglionares extensas. Sob quimioterapia paliativa e radioterapia da bacia e radioterapia, alopecia.

M.I. Controle sintomático: Dor irruptiva

No acolhimento esclarecidas expectativas face a situação de doença, esclarecido mito acerca da morfina (...parar de respirar...), reforçada a ligação entre angústia, medo sobre a evolução da doença e o aparecimento de episódios de dor.

A escala foi aplicada no dia da entrada na Unidade



ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA				X <i>“isto é só mais uma fase má que estou a passar”</i>
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	”			X <i>“trabalhava não enfermeira, trabalho, estou é ausente há muito tempo”</i>
3. SINTO-ME SOZINHO	X <i>“ nem pensar, já vi aquela foto. Tenho a minha família para me apoiar”</i>			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES			X <i>“ tenho muita coragem, mas têm sido umas atrás das outras ”</i>	
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA		X <i>“nem por isso”</i>		
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO				X <i>“eu aguento a dor até não poder mais mas tenho medo da Dor, isso tenho”</i>
7. POSSO LEMBRAR- ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE				X <i>“as minhas amigas, lá no trabalho...”</i>
8. SINTO-ME FORTE		X <i>“já estou tão farta de hospitais, de andar sempre para traz e para a frente” “Agora, agora não”</i>		
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR				X <i>“felizmente sim”</i>
10. SEI ONDE QUERO IR	”			X <i>“embora para casa”</i>
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA			X <i>“acredito mas hoje está a ser um</i>	”

DIA			<i>dia para esquecer</i>	
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE			X <i>“gostava de poder ajudar o meu filho, coitados sozinhos com o menino” “já não consigo jogar com o menino à bola, já não sou avó”</i>	

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

1. Proporcionar conforto/alívio de sintomas

Dor:

Terapêutica farmacológica, inicialmente com Morfina SC e posteriormente passando a PO + analgésicos adjuvantes, com boa resposta

Realização de massagem de conforto, a nível dos membros superiores, massagem muito suave a nível da região cervical e das costas, era um toque que juntamente com o tom de voz baixo e firme lhe davam segurança e confiança.

2. Incentivar a expressão de emoções e sentimentos

Autenticidade, presença atenta, disponibilidade, compreensão empática.

Utilização da escuta activa, da clarificação e feedback.

Estabelecimento de uma relação de confiança e segurança.

Exploradas expectativas face ao motivo do internamento, situação de doença, perspectivas futuras.

Respeito pelos seus valores e autodeterminação, afecto, sinceridade, abertura.

Afirmação de que não está sozinha e de que não a vamos abandonar neste momento da sua vida.

Na relação que estabeleci com esta doente procurei e foi fulcral o encontro entre mim e a doente no sentido do estabelecimento de uma relação

terapêutica, de confiança, em que a doente fosse capaz de expressar os seus sentimentos e pensamentos relativos à sua situação de vida dando-me a possibilidade de “entrar” na sua vida tendo para isso sido pilar eu ter estado “aberta” e consciente dos diversos níveis de comunicação pois só assim foi possível conhecer e compreender profundamente a doente.

Tomei uma iniciativa, consciente, madura, inicialmente dolorosa, inquietante, insegura, em tentar estabelecer um encontro mais profundo com esta doente. Foi fundamental o tempo, o espaço a confiança, os dias, os momentos de cuidados, as partilhas de vivências triviais, no sentido da doente estar preparada para falar dos seus sentimentos mais profundos. Demostrei abertura, através de uma presença atenta, disponibilidade, capacidade de escuta, atitude receptiva, toque emocional e físico, havia como que uma “ligação”. A partir de determinada altura esta doente era sentida como um ser humano único, uma companheira neste caminho de vida para si e neste fascinante caminho de crescimento para mim. Foi uma relação em que pairou o respeito pelos seus valores e autodeterminação, o afecto, a sinceridade, a abertura, a confiança. Sem exigências para com a doente, aceitando-a tal como ela é, verdadeiramente. Centrei-me nas suas experiências compreendendo-a e manifestando-lhe essa compreensão, proporcionando um envolvimento harmonioso.

Sinto que cresci na relação com o Outro, pela forma como compreendo e vejo a pessoa cuidada. Não que não o fizesse até aqui mas sinto que o faço de forma mais completa e consciente no sentir do outro, numa relação que se estabelece pela empatia, na descoberta da ajuda a quem sofre. O conforto e a promoção da esperança foram os aspectos fundamentais nos quais me debrucei e para os quais elaborei intervenções individuais pude sentir um enorme sentimento de realização pessoal, porque me senti útil e uma figura positiva no alívio do sofrimento da doente.

3. Facilitar o sentido de se encontrar “conectada” com os outros

A família (irmã) sempre presente.

Estimular o sentido de controlo sobre o presente, nomeadamente nas decisões da sua vida.

Afirmção de que não está sozinha e de que não a vamos abandonar neste momento da sua vida.

Preocupação sempre presente com o filho e neto.

Nesta intervenção teve um papel fulcral a irmã, cuja presença era bastante apreciada pela doente.

Sugerir a visita do neto logo e sempre que possível, veio visitar a doente várias vezes, era o momento alto do seu dia. Refere sentir-se mal enquanto avó porque já não consegue jogar à bola com o neto, não pode jogar à bola mas pode fazer construção de legos com o neto por exemplo.

4. Ajudar a ver pequenas alegrias do presente:

Proporcionar-lhe comidas que ela goste.

A visita das amigas e familiares.

Tem uma grande paixão por flores, dado incentivo à irmã para lhe trazer todos os dias uma planta da sua casa que ela gostasse muito, bem como flores para colocar em jarras. Ficava feliz com estes gestos, sentia-se amada e isso fazia-lhe muito bem, era muito importante para si o reforço da auto-imagem e da auto-estima.

Reforços positivos nas suas pequenas conquistas

Reforço das suas capacidades

Incentivar as suas afirmações positivas

5. Conhecer o seu objecto de esperança

Fala na responsabilidade pelo seu filho e neto. Mas o seu objecto de esperança é estar sem dor no conforto da sua casa, apesar das limitações.

6. Estabelecer objectivos realistas com a doente, a curto prazo. Rever objectivos.

Sugerir que lhe tragam um “miminho” surpresa para se sentir acarinhada.

Planear com ela uma massagem suave a nível do pescoço e costas devido ao efeito da radioterapia encontra-se com a pele muito dura e rigidez muscular. Nesta situação utilizei mais o toque do que propriamente a massagem, esta senhora precisava sentir o toque, fazia-lhe bem, foram sendo dados reforços positivos em relação a sua auto-imagem, de forma carinhosa e amável, ficámos muito tempo juntas, um dia abraçou-se a mim, chorou em silêncio, não fiz perguntas, respeitei absolutamente o seu sofrimento. Estive lá para ela, presente, firme e confiante de que estava a fazer o melhor.

Incitar a viver um dia de cada vez, dando-lhe consciência que há dias melhores e outros menos bons.

Recuperar a auto imagem, incentivando a utilização de peruca ou lenço na cabeça. Prestados reforços positivos quando o faz.

7. Encorajar a partilha de experiencias positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio

Fala preferencialmente do trabalho, a sua competência e das suas actividades. É importante para si falar do seu passado porque lhe traz afirmação do seu valor, este foi um dos aspectos que mais trabalhei com esta doente, foi muito importante para lhe dar “estrutura” para a promoção da esperança no futuro.

Envolver a doente no seu próprio progresso e na tomada de decisão acerca da programação do seu dia a dia e da programação da alta que tanto ambiciona.

Participa de forma activa em todos os assuntos relacionados consigo. Gosta de estar informada de tudo o que se passa à sua volta, nomeadamente em termos de escalada analgésica e de titulação do opióide, doses de resgate e rotação do opióide.

8. Usar um espírito de “gostar de viver”, confrontar a doente com o aproveitar das coisas boas da vida, aproveitar o mundo à sua volta, ter uma atitude positiva. Utilizar o humor e boa disposição. Utilizar o humor e boa disposição. Para ela ser optimista era manter estabilidade nos sintomas e alguma normalidade na vida apesar da doença. Existiu sempre da minha parte

optimismo, positivismo e boa disposição o que foi relevante no sentido da segurança e da confiança. O bom humor permitiu aliviar a tensão inerente à gravidade da condição, trazer à tona as suas preocupações sobre a morte e o morrer sem nunca comprometer a dignidade e os valores da doente que vivencia na fase final da sua vida.

ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH APLICADA ANTES DA ALTA

	DISCORDO COMPLETAMNET E	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA				X "já não tenho dor, tenho esperança de ir embora esta semana"
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	"			X "vem cá o meu filho almoçar." "Tenho alta amanhã"
3. SINTO-ME SOZINHO	X "nem pensar, já vi aquela foto. Tenho a minha família para me apoiar"			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES				X " agora estou mais confiante e esperançosa, deixe ver, é um dia de cada vez"
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA		X "nem por isso"		
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO			X "Pois tenho. É normal, acho eu porque é uma coisa que eu não posso controlar sabe"	
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE				X "nem imagina o que nos rimos, no natal quando se vestiu de pai natal e o menino só chorava com medo..."
8. SINTO-ME FORTE		"		X "A enfermeira acha-me ou não uma pessoa forte?" Acho que é uma pessoa muito forte, admiro muito a força que tem e o valor que dá ao sentido da

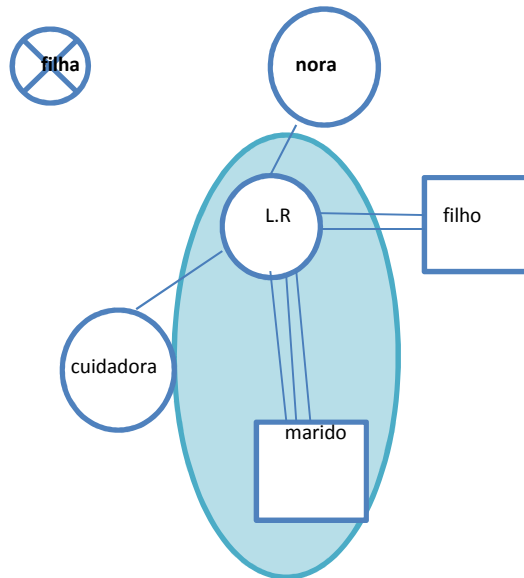
				sua vida, vou sempre recordá-la com muito carinho.
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR				X <i>"...aproveite agora enfermeira quando são crescidos já não nos deixam dar beijos sempre que nós queremos" (sarridente)</i>
10. SEI ONDE QUERO IR	"			X <i>"embora para casa"</i>
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA				X <i>"só tem sentido se pensar assim"</i>
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE				X <i>"fico a ver o jogo da bancada, o importante é estar lá com ele"</i>

CASO 3

L.R., 68 a, neoplasia da mama com metástases ósseas, casada, 1filho (musico) e 1 filha que faleceu aos 17 anos.

MI – controle sintomático: DOR

Internada na unidade há algumas semanas, apresenta períodos de dor irruptiva associados a chegada ou saída do marido/filho/amigos, com seu conhecimento faz SOS de SF e reverte a Dor. Intitula-se doente crónica, que vai fechar-se em si mesma e morrer.



	DISCORDO COMPLETAMNET E	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO A VIDA	X "já não cá estou a fazer nada"			
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	X "não, quero ficar aqui deitada n cama"			
3. SINTO-ME SOZINHO		X "tenho a minha familia para me apoiar"		

4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES	X “quando tenho dor é um desespero, eu sei que a injeção é de SF mas fico melhor”			
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA	X “eu já não tenho nada”			
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO	X “não tenho medo”			
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE			X “os concertos do meu filho...tranquilidade	
8. SINTO-ME FORTE	X “estou muito mal, tenho estas dores horríveis que não me deixam fazer nada”			
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR				X “meu rico filho
10. SEI ONDE QUERO IR	X “não, não sei”			
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA			X “hoje por exemplo foi um dia bom”	
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE	X “nenhuma”			

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

1. Proporcionar conforto/alívio de sintomas

Abordado tema da dor psicológica – Dor de alma: explorada dor física/dor de alma, fala abertamente do seu sofrimento e da morte da filha, comparando-a ao sofrimento originado pela doença. Abordado o tema do sentido da vida para si. Refere não ter mais sentido.

2. Incentivar a expressão de emoções e sentimentos através do uso de perguntas abertas:

Tem o sentimento de ter sido importante na vida dos outros?

Quais são as suas fontes de força?

O que é preciso acontecer para se sentir segura e com controlo?

O que há na sua vida que lhe dê “força interior”?

“pergunto-me porque é que faz essa pergunta?”

“diga-me mais especificamente como é o seu sofrimento”

O que sente acerca disso?

Quando pensa na doença, qual a melhor coisa que lhe podia acontecer?

Quais são os seus medos?

Tem projectos que ainda queira atingir?

Uma coisa que gostasse de fazer aqui na Unidade?

Afirmção de que não está sozinha e de que não a vamos abandonar num momento como este.

Respeito pelo seu sofrimento e pela sua liberdade de pensamento.

3. Facilitar o sentido de se encontrar “conectada” com os outros

Falar-lhe da família sempre presente.

Salientar a presença incondicional, o amor e o afecto do marido.

Dado a conhecer o valor de se abrir um pouco mais e de aproveitar os afectos dos que estão à sua volta.

4. Ajudar a ver pequenas alegrias do presente:

Não tem alegrias.

Não tem prazer com a comida.

Lê com algum gozo revistas cor-de-rosa.

Apesar de gostar muito de ouvir as músicas do filho praticamente não o faz, foi incentivada a utilizar a música como forma de se abstrair da doença e da dor mas com pouca aceitação.

5. Conhecer o seu objecto de esperança

Não tem ou não conseguiu

6. Estabelecer objectivos realistas com a doente, a curto prazo. Rever objectivos.

O levante, os cuidados de higiene, as refeições tinham de ser negociadas com a doente. Realizado reforço positivo, reforçados pequenos ganhos, incentivada a afirmações positivas, reforçadas as suas capacidades.

Recuperar a auto imagem, incentivando a utilização da peruca mas nunca o faz. Incentivá-la a sair e ir almoçar fora com o marido. Combinou-se tudo, era um sábado mas no momento desistiu e não quis sair, não houve forma de a convencer, ficou na cama a dormir.

7. Encorajar a partilha de experiencias positivas passadas, da sua história de vida, no sentido de afirmação do seu valor próprio

Fala da sua vida passada e presente mas sempre no sentido dos problemas e das situações de dificuldade. Apenas conseguimos distraí-la do negativismo falando acerca das viagens que ela realizou ao longo da sua vida. No entanto não consegui fazer com que isto fosse a ponte para estabelecer objectivos realistas ou encontrar objecto de esperança a trabalhar com ela posteriormente.

8. Envolver a doente no seu próprio progresso e na tomada de decisão.

Não demonstra interesse, praticamente não participa

9. Usar um espírito de “gostar de viver” confrontar a doente com o aproveitar das coisas boas da vida, aproveitar o mundo à sua volta, ter uma atitude positiva.

Utilizar o humor e boa disposição,

Demonstra uma linguagem que lhe é própria caracterizada por, lágrimas, tristeza, isolamento, melancolia ..., esperava que a doente procurasse no Outro algo que a ajudasse a suportar ou a dar sentido ao seu sofrimento – na relação que estabeleci com esta doente procurei ter sempre uma palavra de conforto, uma presença integral, um tocar caloroso, uma escuta atenta...e estabeleci com ela uma relação de confiança, em que a doente foi capaz de expressar os seus sentimentos e pensamentos relativos à

sua situação de vida, no entanto não me deu a possibilidade de “entrar” na sua vida, nem a mim, nem a ninguém.

Tomei uma iniciativa, consciente, em tentar estabelecer um encontro mais profundo com esta doente. Procurei o tempo, o espaço a confiança, os dias, os momentos de cuidados, as partilhas de vivências triviais, no sentido da doente estar preparada para falar dos seus sentimentos mais profundos. Demostrei abertura, através de uma presença atenta, disponibilidade, capacidade de escuta, atitude receptiva, toque emocional e físicos. Centrei-me nas suas experiências compreendendo-a e manifestando-lhe essa compreensão, proporcionando um envolvimento harmonioso. O conforto e a esperança foram os aspectos fundamentais para as quais me propus seleccionar intervenções individuais e me poder sentir útil e uma figura positiva no alívio do sofrimento da doente, mas não consegui trabalhar nesta doente a promoção da esperança.

Consegui perceber sim, que esta senhora tinha perdido o sentido da sua vida com o falecimento da filha há uns anos, vivia um luto patológico talvez...havia nela um vazio e uma angústia existencial, ela não tinha o “porque” e o “para que” viver. Esta senhora não tinha força “interior” e vivia numa futilidade absurda onde a única coisa que lhe dava prazer na vida era ler, compulsivamente, revistas cor de rosa.

Senti-me frustrada, insegura, absolutamente impotente perante a situação, não tinha respostas, não havia feedback, foi inquietante para mim, tentar estabelecer um encontro mais profundo com esta doente e não conseguir. Por outro lado era um desafio e não desisti, com varias abordagens e várias estratégias...mas não fui capaz. Penso se é por ter sido eu, gostaria de ver como é que alguém conseguiria chegar mais perto e mais dentro desta senhora...mas também mais ninguém chegou...desiste-se, e ficam as revistas.

A minha responsabilidade era ter sido membro activo capaz de ajudá-la a criar sentido, trajectória e transformação no seu sentido de vida. Existia nesta senhora uma sensação de que não tinha feito o suficiente durante a vida, era um misto de revolta, raiva, depressão...ela estava em sofrimento!

Gostava de ter conseguido encaminhar esta senhora no sentido de “onde venho”, “o que faço aqui” e “para onde vou”, mas não foi possível...

Tenho um grande interesse e curiosidade pelos mistérios da vida, da existência, da transcendência, e por isso se torna um desafio tão grande para mim o desenvolvimento desta temática. Fiquei longe de transformar esta situação mas ficou-me presente o esforço que fiz. A lição de vida que esta senhora me deu foi que ser feliz é diferente de viver com sentido, e fica para mim a questão: “como é que cada um de nós responde, ao que a vida nos dá, de bom e de mau?”

A promoção da esperança no doente em fim de vida surge como um pilar, um aspecto fulcral, uma força, no encontro de sentido.

APÊNDICE III – Poster: Aplicação Prática das Estratégias Promotoras de Esperança no Cuidar em Fim de Vida



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

AUTORES:
Sandra Gaspar
Georgiana Marques da Gama
Universidade Católica Portuguesa

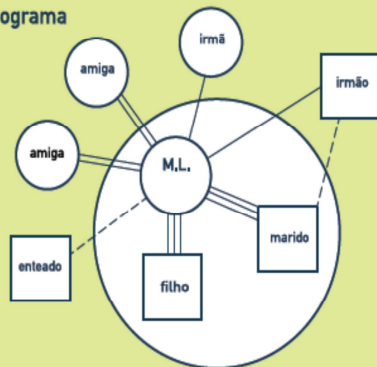
Joana Bragança
Hospital da Luz

ESTUDO DE CASO, UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH

M.L., 60 anos, casada, 1 filho de 19 anos, 1 enteado, filho de anterior casamento do marido, 11 irmãos, professora de educação física, Neoplasia da mama esquerda em 1997 tendo sido submetida a cirurgia conservadora e quimioterapia adjuvante. Recidiva ganglionar metástases ósseas e cerebrais.

M.L. controle sintomático: Dor, tonturas, anorexia, náuseas e vômitos, diminuição da força nos membros inferiores, astenia. Consciente, orientada no T/E/P períodos de esquecimento fácil. Emagrecida, astênica e adinâmica, debilitada, alopecia total,

Genograma



	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO À VIDA			X "Não para aqui para ter esperança, gostaria mesmo disso, mas acredito pouco na minha esperança"	
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO	X "Não sei se tenho planos para o futuro"			
3. SINTO-ME SOZINHO	X "Eu sinto-me sozinho muitas vezes, é assim que eu sinto"			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES		X "Sim, vejo muitas coisas boas apesar de tudo, não vejo apenas o lado negativo"		
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA DIFICULDADES		X "Sim, sinto-me confortado pela minha fé"		
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO			X "Não tenho medo do futuro, só quero viver bem agora"	
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE			X "Lembro-me de tempos de felicidade, mas não consigo viver no presente"	
8. SINTO-ME FORTE		X "Não me sinto forte, sinto-me fraco"		
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR			X "Sinto-me capaz de dar e receber amor"	
10. SEI ONDE QUERO IR	X "Não sei onde quero ir"			
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA		X "Sim, acredito no valor de cada dia"		
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE		X "Sinto que a minha vida tem valor e utilidade"		

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA ESPERANÇA, PASSA PELA CAPACIDADE DE IDENTIFICAR AS EMOÇÕES QUE A PESSOA VIVENCIA, NO PRESERVAR OU RECONSTITUIR A SUA PERCEÇÃO ACERCA DO SENTIDO DE VIDA E EM CONDUZIR A PESSOA À DESCOBERTA DE NOVAS FORMAS DE EXISTÊNCIA.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

- PROPORCIONAR CONFORTO/ALÍVIO DE SINTOMAS:
- INCENTIVAR A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES E SENTIMENTOS:
Autenticidade, Presença atenta, Disponibilidade, Compreensão empática, Utilização da escuta activa, da clarificação e feedback, Confiança e segurança.
- FACILITAR O SENTIDO DE SE ENCONTRAR "CONECTADA" COM OS OUTROS:
O desempenho do seu papel de esposa e mãe, O sentido de controlo sobre o presente, Não está sozinha, Tiveram um papel fulcral as amigas, Era um dos momentos altos do seu dia,
- AJUDAR A VER PEQUENAS ALEGRIAS DO PRESENTE:
O prazer de comer, A visita das amigas, A leitura, Reforços positivos para as suas pequenas conquistas, Incentivar as suas afirmações positivas,
- CONHECER O SEU OBJECTO DE ESPERANÇA:
A responsabilidade que tem pelo seu filho, Assistir à entrada do filho na universidade de economia,
- FACILITAR A EXTERIORIZAÇÃO DE CRENÇAS RELIGIOSAS:
Ter espaço para realizar as suas orações,
- ESTABELECE OBJECTIVOS REALISTAS COM A DOENTE A CURTO PRAZO, REVER OBJECTIVOS:
Lembrar-se para o filho, Manter subconsciência, Recuperar a sua imagem, Fisioterapia no ginásio,
- ENCORAJAR A PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS PASSADAS:
A sua história de vida, "viagens gastronómicas imaginárias",
- ENVOLVER A DOENTE NO SEU PRÓPRIO PROGRESSO E NA TOMADA DE DECISÃO:
Participar de forma activa nos assuntos financeiros da família, Gestão do horário do filho,
- USAR UM ESPÍRITO DE "GOSTAR DE VIVER"
Aprovar as coisas boas da vida, Aprovar o mundo à sua volta, Ter uma atitude positiva, Utilizar o humor e boa disposição,

	DISCORDO COMPLETAMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO COMPLETAMENTE
1. ESTOU OPTIMISTA QUANTO À VIDA			X "Tenho um bom optimismo, apesar de tudo, sinto-me bem"	
2. TENHO PLANOS A CURTO E A LONGO PRAZO				X "Não tenho planos para o futuro, só quero viver bem agora"
3. SINTO-ME SOZINHO	X "Não me sinto sozinho, sinto-me bem"			
4. CONSIGO VER AS POSSIBILIDADES NO MEIO DAS DIFICULDADES			X "Sim, vejo muitas coisas boas apesar de tudo, não vejo apenas o lado negativo"	
5. TENHO UMA FÉ QUE ME CONFORTA DIFICULDADES			X "Sim, sinto-me confortado pela minha fé"	
6. TENHO MEDO DO MEU FUTURO			X "Não tenho medo do futuro, só quero viver bem agora"	
7. POSSO LEMBRAR-ME DE TEMPOS DE PRAZER E FELICIDADE			X "Lembro-me de tempos de felicidade, mas não consigo viver no presente"	
8. SINTO-ME FORTE		X "Não me sinto forte, sinto-me fraco"		
9. SINTO-ME CAPAZ DE DAR E RECEBER AFECTO/AMOR			X "Sinto-me capaz de dar e receber amor"	
10. SEI ONDE QUERO IR	X "Não sei onde quero ir"			
11. ACREDITO NO VALOR DE CADA DIA		X "Sim, acredito no valor de cada dia"		
12. SINTO QUE A MINHA VIDA TEM VALOR E UTILIDADE		X "Sinto que a minha vida tem valor e utilidade"		

CONCLUSÃO

A experiência de doença terminal está geralmente impregnada de sofrimento, a pessoa procura no outro algo que a ajude a suportar ou a dar sentido à sua vida, um bom nível de esperança torna-se fulcral na adaptação, bem como no crescimento espiritual da pessoa em fim de vida.

Através da utilização e aplicação da escala de esperança de Herth foi possível estabelecer uma planificação e elaborar intervenções individuais de promoção da esperança nesta pessoa, permitiu conduzir as estratégias promotoras de esperança, suportar as esperanças da doente e compreender os aspectos individuais dessas mesmas esperanças,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A. A. A. *Esperança: Um Manual de práticas pedagógicas*. 2.ª ed. Assis do Sul, RS: Ed. Sinodal, 2010. p. 295-458.

CUTLER, J. R. *The principles and processes of hospice bereavement counseling: a modified grounded theory study – part one*. *Journal of Palliative and End-of-Life Care*, 2010, 13, 158-163.

HICKS, K. *Hope in the end of life: a grounded theory study*. *British Journal of Nursing*, 2010, 19(16), 877-883.

QUEIROZ, A. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

YANNA, A., QUEIROZ, A., DEIXE, M., BARBOSA, A. (2010) – *Análise Da Esperança Em Cuidados Paliativos*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 607-616.

**APÊNDICE IV – Resumo do Artigo submetido à Revista Nursing Portuguesa com o tema:
Estratégias de Promoção da Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim
de Vida**

TÍTULO DO ARTIGO: Estratégias de Promoção da Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida.

Strategies for Promoting Hope in Nursing Care for People at End of Life.

NOME DOS AUTORES: Sandra Gaspar* (sandramcgaspar@gmail.com)

Georgeana Marques da Gama**

*Mestranda em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, no Instituto Superior de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

**Professora no Instituto Superior de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

RESUMO:

O papel do enfermeiro na promoção da esperança passa pela capacidade de reconhecer as emoções que a pessoa vivencia, no sustentar ou reconstituir a sua perceção acerca do sentido de vida e em acompanhar a pessoa na descoberta de novas formas de existência. A promoção da esperança é uma tarefa desafiante e da máxima importância no cuidar em fim de vida harmonizando no doente um sentido de bem-estar profundo. Neste artigo são apresentados os resultados de um Estudo de Caso em que a utilização da Escala de Esperança de Herth permitiu demonstrar a eficácia da implementação das estratégias promotoras de esperança, tendo-se verificado que o enfermeiro pode constituir-se um companheiro precioso na reconstrução constante da esperança perante a proximidade da morte.

PALAVRAS CHAVE:

Esperança, cuidados paliativos, pessoa em fim de vida, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT:


The nurse's role in promoting hope includes the ability to recognize the emotions that the person experiences in the sustaining or restoring of one's perception of the meaning of life and the accompanying the person in the discovery of new forms of existence. Hope Promotion is a challenging task and of utmost importance in end of life care, harmonizing in the patient a deep sense of well being. This article presents the results of a Case Study in which the use of the Herth Hope Scale has demonstrated the effectiveness of the implementation of hope promoting strategies, and it was found that nurses can constitute a valuable companion in the constant reconstruction of hope in the face of approaching death.

KEYWORDS

Hope, palliative care, terminal patient, nursing care

APÊNDICE V – Slides da Apresentação “Estratégias De Promoção de Esperança nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Fim de Vida”

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA



Autores: Sandra Gaspar,
Professora Marques da Gama,
 Universidade Católica Portuguesa
Joana Bragança,
 Hospital da Luz

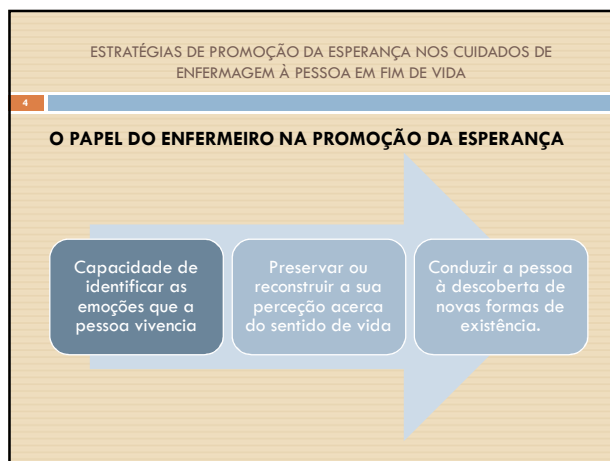
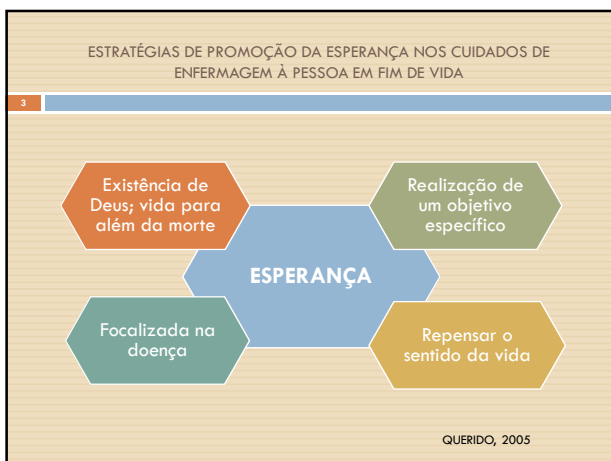
ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM E BIOÉTICA
 Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 18 de Julho de 2012

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

2

Conceito multidimensional e dinâmico caracterizado por uma expectativa confiante, mas incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo, sendo este realisticamente possível para a pessoa.

DUFALT E MARTOCCHIO (1985)



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

5

...estratégias de promoção da esperança nos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida...

?

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

6

- ✓ M., 60 anos, casada
- ✓ 1 filho de 19 anos, 11 irmãos
- ✓ Professora de educação física

1997	Neoplasia da mama esquerda	Cirurgia conservadora e QT adjuvante
2010	Recidiva ganglionar axial esquerda	QT + RT local
2011	Metástases ósseas	2ª linha de QT
03/2012	Metástases ósseas e cerebrais	RT holocraneana
04/2012		Suspende RT e é internada na Unidade

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

7

MI: Dor intensa Tonturas
 Anorexia Náuseas e vômitos
 Diminuição da força e equilíbrio

Consciente Alopecia
 Orientada Astênica e adinâmica
 Emagrecida Muito debilitada

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Estou otimista quanto a vida			X	
2. Tenho planos a curto e a longo prazo	X			
3. Sinto-me sozinho	X			
4. Consigo ver as possibilidades no meio das dificuldades		X		
5. Tenho uma fé que me conforta		X		
6. Tenho medo do meu futuro				X
7. Posso lembrar-me de tempos de prazer e felicidade				X
8. Sinto-me forte		X		
9. Sinto-me capaz de dar e receber afeto/amor				X
10. Sei onde quero ir	X			
11. Acredito no valor de cada dia		X		
12. Sinto que a minha vida tem valor e utilidade		X		

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

9

1. PROPORCIONAR CONFORTO/ALÍVIO DE SINTOMAS

2. INCENTIVAR A EXPRESSÃO DE EMOÇÕES E SENTIMENTOS

3. FACILITAR O SENTIDO DE SE ENCONTRAR "CONETADA" COM OS OUTROS

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

10

4. AJUDAR A VER PEQUENAS ALEGRIAS DO PRESENTE

5. CONHECER O SEU OBJETO DE ESPERANÇA

6. FACILITAR A EXTERIORIZAÇÃO DE CRENÇAS RELIGIOSAS

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

11

7. ESTABELECEER OBJETIVOS REALISTAS COM A DOENTE, A CURTO PRAZO, REVER OBJETIVOS

8. ENCORAJAR A PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS PASSADAS

9. ENVOLVER A DOENTE NO SEU PRÓPRIO PROCESSO E NA TOMADA DE DECISÃO

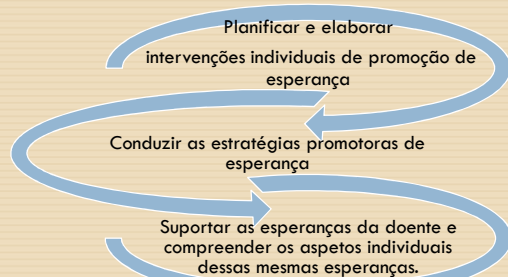
10. USAR UM ESPÍRITO DE "GOSTAR DE VIVER"

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Estou otimista quanto à vida			X	
2. Tenho planos a curto e a longo prazo				X
3. Sinto-me sozinho	X			
4. Consigo ver as possibilidades no meio das dificuldades			X	
5. Tenho uma fé que me conforta			X	
6. Tenho medo do meu futuro		X		
7. Posso lembrar-me de tempos de prazer e felicidade				X
8. Sinto-me forte			X	
9. Sinto-me capaz de dar e receber afeto/amor				X
10. Sei onde quero ir			X	
11. Acredito no valor de cada dia				X
12. Sinto que a minha vida tem valor e utilidade				X

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

13

Escala de Esperança de Herth



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

14

...foram fundamentais o tempo, o espaço, a confiança, os dias, os momentos de cuidados, as partilhas de vivências...numa relação que se estabeleceu pela empatia...

...pude experienciar um enorme sentimento de realização pessoal, porque me senti útil e uma figura positiva no alívio do sofrimento desta pessoa...

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

15

...muito obrigada.

16

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A. - *A Espiritualidade*. In: Manual de cuidados paliativos / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. - p. 395-409
- BARBOSA, António, coord. - *Investigação qualitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012. 269 p. ISBN 978-972-9349-26-3.
- BARBOSA, António, coord. - *Investigação quantitativa em cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade Católica, 2012. 382 p. ISBN 978-972-9349-25-6.
- BERNARDO, A. - trabalho de equipa, in NETO, Isabel Galriça. *Manual de cuidados paliativos* / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. - ISBN 978-972-9349-22-5. Pág.63.
- BENZEN, Eva; BERG, Agneta - *The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care*. *Palliative Medicine* 2005; 19:234-240.
- CLOSS, S.J.; CHEATER, F.M. - *Evidence for Nursing Practice: a Clarification of the Issues*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n.º 1 (1999) 10 - 17;
- CUTCLIFFE, J.R. - *The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: a modified grounded theory study - part one*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2000, 13, 398-403.
- CUTCLIFFE, J. *The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature*. *British Journal of Nursing*, 2002, Vol. 11, Nº12. Pag 832-840.
- DUFALUT and MARTOCCHIO, *Hope: Its Spheres and Dimensions*. *Nursing Clinics of North America* - Vol. 20 Nº 2 June 1985. Pag 379-391.
- HERTH, Kaye; CUTCLIFFE, John (2002). *The Concept of Hope in Nursing 3: hope and palliative care nursing*. *British Journal of Nursing*, 11(14) 977-983.
- HERTH, Kaye; CUTCLIFFE, John (2002). *The Concept of Hope in Nursing 4: hope and gerontological nursing*. *British Journal of Nursing*, 11(17) 1148-1156.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

18

HERTH, Kaye; CUTCLIFFE, John (2002). *The Concept of Hope in Nursing 3: hope and palliative care nursing*. *British Journal of Nursing*, 11(14) 977-983.

HERTH, Kaye; CUTCLIFFE, John (2002). *The Concept of Hope in Nursing 4: hope and gerontological nursing*. *British Journal of Nursing*, 11(17) 1148-1156.

MAGÃO, Maria Teresa; LEAL, Isabel. *A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro*. In: DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella. *Territórios da Psicologia Oncológica*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. p.321-344.

NETO; Isabel Galriça - *Manual de cuidados paliativos* / 2ª ed. António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. - ISBN 978-972-9349-22-5.

QUERIDO, A. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa

REINKE, LF et al. *Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses*. *Journal of Pain & Symptom Management (J PAIN SYMPTOM MANAGE)*, 2010 Jun; 39(6): 982-92.

MOK, Esther et al. *Health-Care Professionals' Perspective on Hope in the Palliative Care Setting*. *Journal Of Palliative Medicine [J Palliat Med]* 2010 Jul; Vol. 13 (7), pp. 877-83.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM FIM DE VIDA

19

OLSSON L. et al, **Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care.** International Journal of Palliative Nursing (INT J PALLIAT NURS), 2010 Dec; 16(12): 607-12 (28 ref).

MOK E, et al, **The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong.** International Journal of Palliative Nursing (INT J PALLIAT NURS), 2010 Jun; 16(6): 298-305 (35 ref).

APÊNDICE VI – Manual de Conceitos relacionados com a VMI em Emergência

VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA EM EMERGENCIA

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Unidade Curricular de Estágio: Módulo I **Estudante:**

Sandra Gaspar **Orientadora de Estágio:** Enfermeira Suzana José **Tutora de Estágio:** Prof.ª Pontífice de Sousa

*“Deve ser feito um orifício no tronco da traqueia onde
será introduzida uma cana, sopraremos então por ela,
veremos os pulmões insuflar de novo, a caixa torácica expandir-se-à
e o coração tornar-se-á mais forte”*

Andreas Versalius (1555)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

VENTILAÇÃO MECÂNICA – DEFINIÇÃO

OBJETIVOS FISIOLÓGICOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM EMERGÊNCIA

PARÂMETROS A MONITORIZAR EM SITUAÇÃO DE EMERGENCIA

MODALIDADES VENTILATÓRIAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO INVASIVA

O QUE SE DEVE MONITORIZAR

SINAIS DE DESADAPTAÇÃO

CRITÉRIOS A TER EM CONTA PARA O DESMAME VENTILATÓRIO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência é um espaço privilegiado na abordagem ao doente com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva, este procedimento, aplicado na pessoa em situação crítica, exige rapidez na acção, procedimentos perfeitos, domínio alargado e aprofundado do conhecimento bem como capacidade de observação, antecipação e análise das situações.

Partindo da profunda convicção de que no Serviço de Urgência do Hospital de Sta. Maria se prestam e desenvolvem cuidados verdadeiramente intensivos de *“live saving”*, a garantia da qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família em situação crítica são os fundamentos que sustentam os cuidados de enfermagem. Para que tal aconteça é essencial a existência de equipas como a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital de Sta Maria, suportada de pessoas competentes, que fazem um investimento profundo e que se revestem como modelo, sendo pilares dos cuidados de enfermagem ao doente de alto risco.

A realização deste trabalho tem como objetivo dar um contributo na revisão de conceitos, tendo em conta a temática da Ventilação Mecânica Invasiva em Emergência, no exercício da prática clínica. A sua execução foi baseada no Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos, no Manual de Vetilação Mecânica no Adulto, bem como no Manual de Ventilação Mecânica- Servo 900C, pertinete por ser o equipamento usado nas Salas de Reanimação.

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

DEFINIÇÃO

Método de suporte ventilatório em que uma máquina movimentada os gases para dentro e para fora dos pulmões gerando um gradiente de pressão entre as vias aéreas superiores e os alvéolos.

É um meio usado para introduzir “ar fresco” e retirar “ar saturado”.

Compreende 4 fases:

1. Fase inspiratória;
2. Mudança da fase inspiratória para a Fase expiratória
3. Fase expiratória
4. Mudança da fase expiratória para a fase inspiratória

OBJETIVOS FISIOLÓGICOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA EM EMERGÊNCIA

Atingir e manter valores aceitáveis de O_2 arterial ($PaO_2 > 60 \text{ mmHg}$), reverter acidose respiratória aguda

Atenuar a dificuldade respiratória

Permitir sedação e anestesia

Reduzir o consumo de O_2 sistêmico e miocárdico

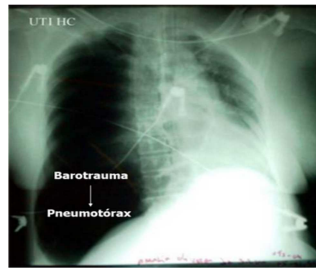
Permitir a reparação pulmonar e das vias aéreas

OBJECTIVOS PARA A VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA

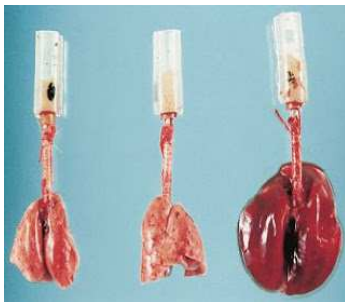
Quem?	Quando?	Como?
Insuficiência Respiratória	<ul style="list-style-type: none">• $Fr > 35$ ciclos/min	1. Volume de ar a insuflar
Intervenção Cirúrgica	<ul style="list-style-type: none">• $PCO_2 > 50$ mmHg	2. Frequência respiratória
Pós operatório	<ul style="list-style-type: none">• $Po_2 < 60$ mmHg	3. Fio_2
Colapso eminente de órgãos	<ul style="list-style-type: none">• $Ph < 7,25$	4. Modo ventilatório
PIC aumentada	<ul style="list-style-type: none">• Sinais de fadiga respiratória	

A aplicação da ventilação mecânica implica monitorização de determinados parâmetros de mecânica ventilatória. Estes dados servem não apenas para observar a evolução clínica e ajustar a programação do ventilador, mas também para prevenir as **LESÕES PULMONARES INDUZIDAS PELO VENTILADOR:**

Barotrauma – Aumento da pressão intrapulmonar, cuja complicação mais frequente e bastante grave, é o pneumotórax hipertensivo



Volumotrauma – lesão provocada pelo aumento desproporcionado da expansão alveolar, provoca edema alveolar

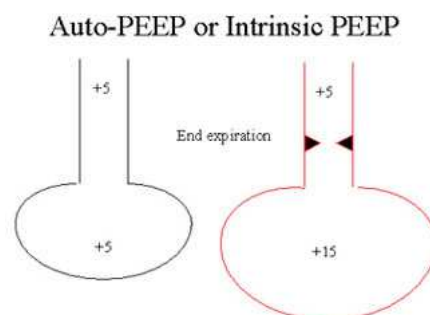


A figura mostra pulmões de ratos ventilados com pressões de 45 cm H₂O. No meio estão pulmões normais. A amostra da esquerda foi ventilada por 5 min com pressões elevadas, observe a existência de atelectasias focais principalmente na região apical esquerda. A amostra da direita foi ventilada por 20 min da mesma forma, percebe-se edema importante e congestão (pulmão hepatizado)

Hiperinsuflação dinâmica, auto-peep ou peep intrínseco (peepi):

A Hiperinsuflação Dinâmica resulta da incapacidade do pulmão voltar à Capacidade Residual Funcional, antes do início da inspiração seguinte. Por isso, a pressão alveolar é superior à pressão externa durante toda a expiração, e o fluxo expiratório continua até ao início da próxima inspiração. O auto-PEEP aparece em diversas situações: está presente na DPCO, asma e sempre que houver obstrução das vias aéreas. Elevados VC e/ou relações I/E invertidas tendem a criar auto-PEEP, o que tem que ser medido e monitorizado.

As medidas para diminuir o auto-PEEP são: diminuição do VC, diminuição da frequência respiratória, diminuição do T_i, aumento do tempo expiratório (T_e), otimização da terapêutica broncodilatadora.



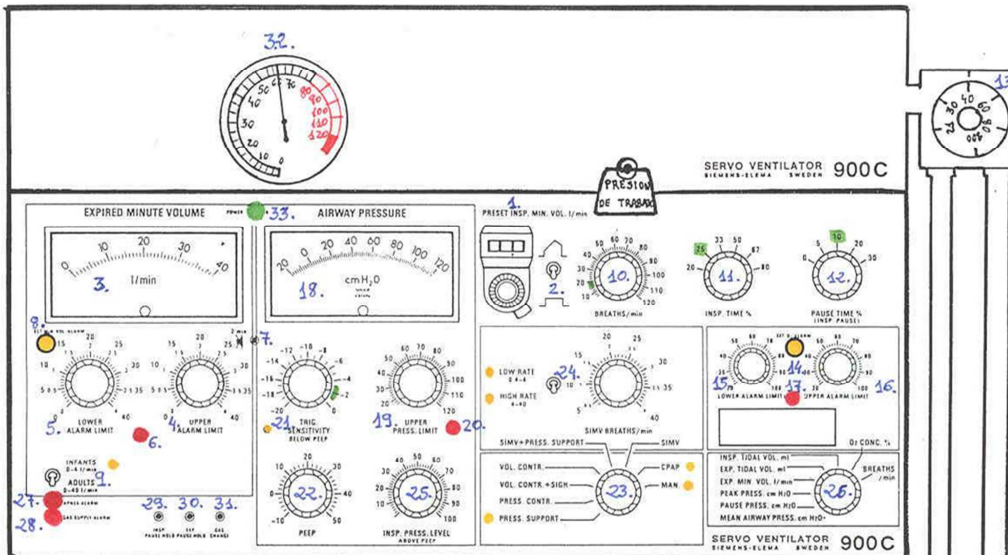
Homo Erectus



PARAMETEROS VENTILATÓRIOS

MODALIDADES VENTILATÓRIAS

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. SELECTOR DE VOLUMEN MINUTO. | 10. RESPIRACIONES POR MINUTO. | 18. MANÓMETRO DE PRESIÓN VÍAS AÉREAS. | 25. PRESIÓN INSPIRATORIA. |
| 2. TIPO DE FLUJO. | 11. TIEMPO DE INSPIRACIÓN. | 19. LÍMITE SUPERIOR DE PRESIÓN. | 26. SELECTOR LECTOR DIGITAL. |
| 3. ESPIRÓMETRO. | 12. TIEMPO DE PAUSA. | 20. INDICADOR LUMINOSO. | 27. ALARMA DE APNEA. |
| 4. LÍMITE SUPERIOR DE ALARMA. | 13. MEZCLADOR DE O ₂ . | 21. TRIGGER E INDICADOR LUMINOSO. | 28. ALARMA DE SUMINISTRO DE GASES. |
| 5. LÍMITE INFERIOR DE ALARMA. | 14. INDICADOR PONER ALARMA DE O ₂ Y PILOTO. | 22. SELECTOR DE PEEP. | 29. PAUSA INSPIRATORIA. |
| 6. PILOTO LUMINOSO. | 15. LÍMITE INFERIOR DE ALARMA DE O ₂ . | 23. SELECTOR MODO DE VENTILACIÓN. | 30. PAUSA ESPIRATORIA. |
| 7. SILENCIO ALARMA. | 16. LÍMITE SUPERIOR DE ALARMA DE O ₂ . | 24. SIMV. | 31. CAMBIO DE GASES. |
| 8. INDICADOR PONER ALARMA DE VOLUMEN. | 17. PILOTO ALARMA DE O ₂ . | | 32. PRESIÓN DE TRABAJO. |
| 9. SELECTOR NIÑOS/ADULTOS E INDICADOR LUMINOSO. | | | 33. CONEXIÓN RED. |



VOLUMES E CAPACIDADES PULMONARES

Volume Corrente – (VC/VT) é o volume de ar inspirado ou expirado em cada ciclo respiratório normal (cerca de 500ml), Relacionado com o volume corporal do doente. VC 5-8 ml/Kg, VC 4-8 ml/Kg nas doenças restritivas, VC de 6-10 ml/Kg nas doenças obstrutivas.

Volume Residual – é o volume de ar que permanece nos pulmões no final da expiração forçada, em média 1200 ml.

Capacidade Residual Funcional – volume de ar que se mantém nos pulmões após expiração normal (cerca de 2500 ml)

Volume Respiratório Minuto Inspirado – é a quantidade total de ar novo respirado que o ventilador fornece ao doente a cada minuto, equivalente ao volume corrente multiplicado pela Frequência respiratória - **$VM=VC \times FR$**

Volume Respiratório Minuto Expirado – o ventilador mede o ar que o doente devolve ao ventilador. O SERVO 900C apresenta botão de limite superior (avisa quando o doente está a realizar respirações “extra” e devolve ao ventilador mais ar do que programado) e inferior (avisa quando chega menos ar do que programado ao ventilador, pode significar fuga de ar no circuito entre ventilador e doente.

Pico de pressão inspiratória (PIP) – é o maior valor de pressão atingido durante a inspiração do VT, medida de resistência ao fluxo de gás no circuito do ventilador/doente durante um ciclo de ventilação mecânica. Valor entre 35-50 cmH₂O. Valores > 50 cm H₂O podem provocar barotrauma ou volumotrauma. No SERVO 900C programa-se uma pressão de segurança, com limite de 10 cmH₂O acima da pressão normal do doente.

Pressão de “Plateau” - Valor da pressão das vias aéreas, medida no momento da pausa inspiratória. Reflete as pressões alveolares no momento do término da insuflação pulmonar. Valores < 35 cmH₂O. Valores > a 35 cmH₂O – lesão alveolar, volumotrauma.

Tempo Inspiratório - Percentagem de tempo total de uma respiração que se deve usar no ventilador, durante a inspiração, cerca de 1/3 do ciclo respiratório, de 0,8 a 1,2 segundos, 25%-33% do tempo.

Tempo de Pausa - Percentagem de tempo total, em que numa inspiração, o ar deve permanecer nos pulmões, antes que seja iniciada a expiração. O resto do tempo do ciclo pertence à expiração.

Concentração de O₂ (FIO₂) - regula a concentração de oxigénio no ar que é fornecido ao doente. SatO₂ > 90% e PaO₂ > 60mmHg. Existe uma mangueira, branca para o oxigénio e outra preta para o ar comprimido que são conectadas a tomadas na parede. Dispõe de limite superior e inferior, se os limites forem ultrapassados apita e acende um sinal luminoso.

Frequência Respiratória – número de insuflações que o ventilador fornece ao doente, ajustada de acordo com a PaCo₂ e pH desejados. 14 ciclos/min.

Fluxo Inspiratório – controla a forma como o ventilador administra o ar, pode ser contínua ou crescente.

Relação I:E – Em respiração normal é de 1:1,5 a 1:2, ou seja 33% do tempo para a I e 66% para a E.

PEEP – Aplicação de uma pressão positiva, constante, no final da expiração. Varia entre 4 a 5 mmHg. Permite otimizar a oxigenação com menos Fio₂ reduzindo a toxicidade ao O₂. Previne atelectasias.

TRIGGER – sensibilidade para reconhecer o esforço do doente para disparar uma nova inspiração assistida pelo ventilador. O recomendado é de -0,5 a -2,0 cm H₂O.

MODALIDADES VENTILATÓRIAS

O Servo 900C possui as seguintes modalidades de assistência ventilatória: modalidades controladas: volume controlado (VC) e pressão controlada (PC), modalidades de ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV): com e sem pressão assistida (PA), PA isolada, Pressão positiva contínua na via aérea (CPAP).

As modalidades mais comumente usadas em emergência são o VC, PC, SIMV+PA e a PA, as outras formas de assistência ventilatória entraram em desuso no contexto de doente crítico.

Volume Controlado - O ventilador é o único responsável pela ventilação do doente, independentemente do estímulo respiratório do mesmo. Doente sem autonomia respiratória.

Em VC o parâmetro constante é o Volume Corrente (VC), que é definido pela divisão do volume minuto (VM) pela Frequência Respiratória (FR) marcada. O fluxo pode ser crescente ou constante. O parâmetro variável é a pressão das vias aéreas, que dentro de certos limites sobe de forma linear e que pode variar de ciclo para ciclo.

A principal vantagem desta modalidade resulta do VC ser constante. A principal desvantagem apontada resulta do facto do fluxo ser constante, e não decrescente.

Volume controlado com Suspiro - Aparece um suspiro a cada 100 ciclos respiratórios.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; V_{min} Inspirado/expirado; P_{iP}; PEEP; Fio₂ programado/dte

Pressão Controlada – Doente sem autonomia respiratória. Quando se pretende limitar as pressões inspiratórias máximas. Nesta modalidade o parâmetro constante é a pressão, a qual é definida previamente no ventilador. Uma vez que a pressão é constante o fluxo é decrescente e o volume sobe mais rapidamente no início da inspiração e diminui para o final. O parâmetro variável é o VC que é influenciado por variações de compliance pulmonar, da resistência do circuito e das vias aéreas. No SERVO 900C programa-se tempo inspiratório, pressão máxima das vias aéreas, frequência respiratória.

As principais vantagens desta modalidade são assegurar que o nível de pressão inspiratório pré-programado seja mantido durante a inspiração e evitar pressões de pico desnecessárias nas vias aéreas. A principal desvantagem é a variação do V_{Min}.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; V_{min} Inspirado/expirado; P_{iP}; PEEP; Fio₂ programado/dte.

MODALIDADES DE VENTILALAÇÃO MANDATÓRIA INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV)

SIMV+PA - O doente tem respiração espontânea, aumenta o esforço respiratório do doente, é uma modalidade de desmame. É combinada com PA.

O SIMV+PA é uma modalidade que se aplica a doentes que têm estímulo inspiratório. Nesta modalidade respiratória o doente recebe um determinado nº de ciclos mandatórios, controlados pelo ventilador. Entre as respirações mandatórias o doente pode respirar espontaneamente com suporte de pressão ajustado no botão de pressão assistida (PA).

O padrão respiratório das respirações mandatórias é semelhante às ventilações de VC e o VC é programado da mesma maneira. A duração do período de SIMV é o tempo de uma respiração em volume controlado e depende da frequência respiratória marcada. O tempo disponível para respiração espontânea, é em PA e situa-se entre as respirações mandatórias.

Um esforço inspiratório que dispare o "trigger" durante o período de SIMV inicia uma respiração mandatória com os parâmetros marcados. Esforços inspiratórios durante o tempo disponível para respiração espontânea iniciam uma respiração em PA, até terminar um ciclo de SIMV e iniciar outro.

São apontadas ao SIMV+PA as seguintes vantagens potenciais em relação às modalidades controladas (VC, PC):

- 1) Menor "luta" contra o ventilador e portanto menor necessidade de sedação;
- 2) Menor risco de alcalose respiratória;
- 3) Menor pressão intratorácica média;
- 4) Distribuição do ar intrapulmonar mais uniforme;
- 5) Reeducação dos músculos respiratórios.

As desvantagens apontadas são:

- 1) Aumento do risco de retenção de CO₂;
- 2) Aumento do trabalho respiratório;
- 3) Fadiga dos músculos respiratórios.

Em comparação com a PA são apontadas as seguintes vantagens potenciais:

- 1) Maior segurança por haver frequência mandatória;
- 2) Prevenção de atelectasia

Os principais inconvenientes são:

- 1) Prolonga o tempo de desmame;

2) Trabalho respiratório das respirações mandatórias e das em PA é semelhante não havendo qualquer diminuição do trabalho, há inclusivamente artigos que sugerem aumento do trabalho respiratório;

3) Menor sincronismo doente-ventilador;

4) Na modalidade de SIMV+PA se não se fornecer a pressão assistida ajustada ao doente e à situação clínica pode-se aumentar o trabalho respiratório.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; Vmin Inspirado/expirado; PiP; PEEP; Fio2 programado/dte.

SIMV (VENTILAÇÃO MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA) - O doente respira de forma autónoma com a sua frequência e volume, no entanto é-lhe assegurado um mínimo de respirações programadas no ventilador. O ventilador reconhece o estímulo respiratório do doente evitando que lute contra o ventilador. Apresenta um ajuste de frequência baixa ou frequência alta, com indicador luminoso.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; Vmin Inspirado/expirado; PiP; PEEP; Fio2 programado/dte.

Pressão Assistida - Doente com autonomia respiratória. Assiste a inspiração do doente, até à pressão programada (10 a 18 mmHg). No Servo 900C a inspiração inicia-se quando o doente faz um esforço inspiratório e desencadeia o "trigger", passando para a expiração quando o fluxo respiratório atinge 25% do fluxo máximo. Este parâmetro é fixo.

A inspiração é assistida por uma pressão predeterminada, sendo por isso o fluxo decrescente e o aumento de volume maior no início da inspiração e menor no final. A frequência respiratória depende do doente, sendo a modalidade em que se consegue maior sincronismo doente-ventilador, necessitando por isso menos sedação.

O maior inconveniente resulta do risco de hipoventilação, mas este é detectado pelo alarme de VMin.

A PA não é apenas uma modalidade de desmame, podendo os doentes ser conectados e ventilados nesta modalidade. Nesta modalidade quanto maior a pressão assistida menor o trabalho respiratório. Com pressões superiores a 10 cm H₂O, conseguem-se diminuições importantes do trabalho respiratório.

O trabalho respiratório de um doente desconectado é sobreponível quando ventilado em PA 4-6 cm H₂O, e o trabalho respiratório de um doente extubado é sobreponível quando ventilado em PA de 8 cm H₂O.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; Vmin Inspirado/expirado; PiP; PEEP; Fio2 programado/dte.

CPAP - Doente com autonomia respiratória. O ventilador garante uma pressão contínua positiva, com o objectivo de evitar colapso das vias aéreas. Aumenta a capacidade pulmonar e melhorar a oxigenação arterial.

Observar e registar: VC inspirado/expirado; FR Programada/do doente; Vmin Inspirado/expirado; PiP; PEEP; Fio2 programado/dte.

MAN (VENTILAÇÃO MANUAL) - não é comumente utilizada em emergência.

SERVO 900C

PRESSÃO DE TRABALHO: Deve estar regulado a 60 cm H₂O. Se a agulha do manómetro marcar abaixo de 60 verificar as conexões e as tubuladuras, pode haver obstrução do circuito ou traqueias desconectadas.

INDICADOR ADULTOS/CRIANÇAS – O interruptor niños/adultos selecciona a escala em que está a trabalhar o ventilador. Quando se selecciona o indicador de “niños” permanece aceso o indicador luminoso.

O SERVO 900 C dispõe de uma serie de funções especiais:

Alarme APNEA - Emite um sinal luminoso e acústico se nos últimos 15 seg. Não se dispara uma respiração. Desactiva-se com o ventilador em modo MAN.

Alarme GAS SUPPLY (SUMINISTRO DE GAS) - Emite um sinal luminoso e sonoro se houver corte de gás.

BOTÃO INSP.PAUSE HOLD (pausa inspiratória prolongada) - prolonga a pausa inspiratória. Serve para avaliar a pressão pulmonar exacta no final da inspiração.

BOTÃO EXP.PAUSE HOLD (pausa expiratoria prolongada) - prolonga a pausa na expiração. Serve para avaliar a pressão pulmonar exacta no final da expiração.

BOTÃO GAS CHANGE (renovação de gases) - utiliza-se para aumentar a pressão dos gases dentro dos circuitos. Ao premir o botão, as válvulas inspiratória e expiratória abrem-se e faz-se uma renovação dos gases.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO INVASIVA

CONSCIENCIA

COMUNICAÇÃO

AUTOUIDADO ACTIVIDADE FÍSICA

AUTOUIDADO COMER E BEBER

AUTOUIDADO HIGIENE

LIMPEZA DAS VIAS AEREAS

INFEÇÃO

1. CONSCIÊNCIA: Vigiar estado de consciência, Realizar avaliação neurológica, Controlar sedação do doente e referenciar ao médico case esteja desajustado da modalidade ventilatória.

2. COMUNICAÇÃO: Utilizar linguagem não verbal, Explicar ao doente que após a extubação falará, Utilizar utensílios como caneta, papel, quadro magnético.

3. AUTOUIDADO ACTIVIDADE FÍSICA: Optimizar o posicionamento, alternando com frequência os decúbitos; Vigiar possíveis sinais de dor e desconforto no doente; Promover mobilizações activas e passivas dos membros

4. AUTOUIDADO COMER E BEBER: Promover um bom estado nutricional, Elevar a cabeceira entre 30 e 45º no doente que faça alimentação entérica, Avaliar regularmente o conteúdo gástrico, Vigiar alterações gastrointestinais.

5. AUTOUIDADO HIGIENE: Promover a integridade cutânea, Promover uma adequada higiene oral, Optimizar a fixação do tubo traqueal e monitorizar nível.

6. LIMPEZA DAS VIAS AEREAS: Deve ser realizada apenas quando necessário, Usar sonda estéril de uso único, Usar luvas limpas ou estéreis para a aspiração, Pré-oxigenar a 100% antes de aspirar, A pressão da aspiração deve ser entre os 90-150 mmHg, As sondas de aspiração devem ter metade do calibre do tubo traqueal, Manter a pressão do cuff adequada, Antes de desinsuflar o cuff para a remoção ou mobilização do tubo traqueal, aspirar sempre acima do cuff, Monitorizar sinais vitais.

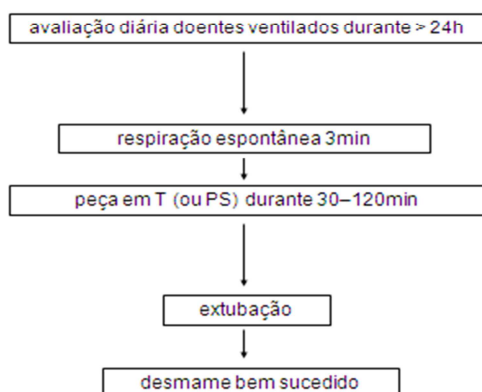
7. INFEÇÃO: Proceder ao desmame ventilatório o mais precocemente possível, Optimizar a manutenção do equipamento: Trocar o humidificador sempre que esteja contaminado com condensação de água, secreções ou sangue, Substituir circuitos externos entre doentes. No mesmo doente não se muda por rotina, Colocar filtro bacteriológico à saída do circuito inspiratório do ventilador, Não esterilizar ou desinfetar por rotina o circuito interno do ventilador.

O QUE SE DEVE VIGIAR E MONITORIZAR: Parâmetros vitais, Função cardíaca, Estado de consciência e sedação, Balanço hídrico, GSA, equilíbrio metabólico e hidro-electrolítico, Alterações gastrointestinais e presença de conteúdo gástrico, Características e quantidade das secreções, Nível do tubo e pressão do Cuff, Alarmes do ventilador.

SINAIS DE DESADAPTAÇÃO: Hipoxemia/hipercapnia, Atelectasia/pneumonia, Barotrauma (pneumotórax), ARDS, Acidemia, Distensão abdominal, Obstrução/mau posicionamento do TOT, Mau funcionamento do ventilador.

CRITÉRIOS A TER EM CONTA PARA O DESMAME VENTILATÓRIO: Recuperação parcial ou total das causas da ventilação, Temperatura corporal <39, Ausência de sinais de infecção, Função renal aceitável, Estudo neurológico compatível com ventilação espontânea, Equilíbrio metabólico, Hemoglobina > 8 gr/dl, Ausência de sinais de insuficiência cardíaca, Ausência de arritmias.

Desmame (*Weaning*)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHAFFLER, A.; MENCHE, N. - Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem, Loures, Lusociência; 2004. ISBN: 972-8383-78-9.

SWEARINGEN,P,; KEEN,J. – Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos, 4ª Edição, Lusociência, Loures, 2001, ISBN 972-8383-52-5.

MACELINO, P. – Manual de Ventilação Mecânica no Adulto – Abordagem ao Doente Crítico, Lusociência, Loures, 2009, ISBN 978-972-8930-42-4.

Manual de Ventilação Mecânica- Servo 900C

FERREIRA,S,; et al. – Revista Portuguesa de Pneumologia - Ventilação não invasiva, Volume XV nº 4 Julho/Agosto 2009.

APÊNDICE VII – Plano da sessão formativa: VMI em Emergência no SU



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PLANO DE SESSÃO

LOCAL - Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria

TEMA - Ventilação Mecânica Invasiva em Emergência

DATA - 27 de outubro de 2012

PÚBLICO-ALVO - Enfermeiros do Serviço de Urgência

NOME DO FORMADOR - Sandra Madalena Correia Gaspar

TUTORA – Professora Pontífice de Sousa

ORIENTADORA - Enfermeira Especialista Suzana José

OBJETIVO GERAL:

Sensibilizar os Enfermeiros para a uniformização dos cuidados em relação à prática da Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Partilhar conhecimentos e experiências decorrentes da prática clínica na Unidade de Insuficientes Respiratórios do HPV.

Envolver os enfermeiros na importância de uma adequada intervenção perante o doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência.

Promover uma reflexão crítica acerca do papel que o enfermeiro desempenha na abordagem ao doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva no Serviço de Urgência.

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MAE	DURAÇÃO (MIN.)
INTRODUÇÃO	Apresentação do formador; Apresentação dos objetivos da formação.	Expositivo	Computador Projetor Suporte em papel	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Definição de VMI Objetivos da VMI Indicação para VMI Parâmetros ventilatórios Modalidades ventilatórias SERVO 900 C Cuidados de enfermagem ao doente com Ventilação Invasiva	Expositivo Interativo	Computador Projetor	10 minutos
CONCLUSÃO	Análise crítico-reflexiva	Expositivo Interativo		5 minutos
AVALIAÇÃO			Questionário	5 minutos

APÊNDICE VIII – Cartaz com a divulgação da Ação de Formação: VMI em Emergência no SU

AÇÃO DE FORMAÇÃO

VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA EM EMERGÊNCIA



Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSM

Data: 27/10/2012

Hora: 15h00m

Duração: 25 min

Local: Serviço de Urgência

Formadora: Aluna da Especialidade Sandra Gaspar, sob Orientação da Enfermeira Especialista Suzana José

APÊNDICE IX – Ação de Formação realizada do SU: a VMI em Emergência no SU

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM EMERGÊNCIA

SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Sandra Gaspar, Suzana José, Outubro 2012

VENTILAÇÃO MECANICA INVASIVA - DEFINIÇÃO

Método de suporte ventilatório em que uma maquina movimenta os gases para dentro e para fora dos pulmões, gerando um gradiente de pressão entre as vias aéreas superiores e os alvéolos.



OBJETIVOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

- Promover as trocas gasosas
- Atenuar a dificuldade respiratória
- Permitir a sedação e a anestesia
- Reduzir o consumo de O₂ miocárdico e sistémico
- Permitir a reparação pulmonar e das vias aéreas

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS

Observar evolução clínica do doente
Prevenir lesões pulmonares induzidas pelo ventilador: Barotrauma e Volumetrauma

FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA

Numero de insuflações que o ventilador fornece ao doente

14 ciclos p/min

ajustada de acordo com a PaCo₂ desejada

FIO2 ajustar para obter Sat. O2 > a 90% e PaO2 > a 60 mmHg

regula a concentração de oxigénio no ar que é fornecido ao doente.

Existe uma mangueira, branca para o oxigénio e outra preta para o ar comprimido que são conectadas a tomadas na parede.

Dispõe de limite superior e inferior, se os limites forem ultrapassados apita e acende um sinal luminoso

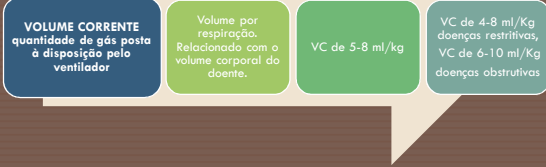


VOLUME CORRENTE quantidade de gás posta à disposição pelo ventilador

Volume por respiração. Relacionado com o volume corporal do doente.

VC de 5-8 ml/kg

VC de 4-8 ml/Kg doenças restritivas, VC de 6-10 ml/Kg doenças obstrutivas



VOLUME MINUTO INSPIRADO

$V_{min} = FR \times VC$

Volume de ar novo que o ventilador fornece ao doente a cada minuto.

O botão apresenta um bloqueador de lado para segurança.

Fluxo Inspiratório controla a forma como o ventilador administra o ar

selector do tipo de fluxo (constante/crescente)



VOLUME MINUTO EXPIRADO

O ventilador mede o ar que o doente devolve ao ventilador

Límite superior: Avisa quando o doente está a realizar respirações "extra" e devolve ao ventilador mais ar do que programado.

Límite inferior: Avisa quando chega menos ar do que o programado ao ventilador, pode significar fuga de ar no circuito entre ventilador e doente.



Pressão máxima inspiratória

Medida de resistência ao fluxo de gás no circuito do ventilador/doente

Entre 32 a 35 cmH2O

O ventilador avalia a pressão da via aérea de forma constante.

Programa-se uma pressão de segurança, com limite de 10 cmH2O acima da pressão normal para o doente.

Quando atinge o valor de pressão máxima inspiratória programado apita e emite sinal luminoso no sentido de proteger o doente do barotrauma e volutrauma.



CAUSAS POSSÍVEIS

- Obstrução pelo acumular de secreções, torções no tubo exteriorização do tubo
- Cuff roto, intubação selectiva
- Rolhão de secreções, broncospasma
- Atelectasia, edema pulmonar, pneumotórax
- agitação, mordedura do tubo.

TEMPO INSPIRATÓRIO

Tempo que leva a inspiração a completar, cerca de 1/3 do ciclo respiratório.

De 0.8 a 1,2 segundos.

TEMPO DE PAUSA - Percentagem de tempo total em que o ar deve permanecer nos pulmões, antes que seja iniciada a expiração.

Momento em que se dão as trocas gasosas a nível alveolar.


TEMPO DE INSPIRAÇÃO - Percentagem de tempo total de uma inspiração - 25%-33%



TRIGGER

Sensibilidade do ventilador para reconhecer o esforço do doente para disparar uma nova inspiração.

O recomendado é de -0,5 a -2,0 cm H2O



PEEP

Pressão positiva, constante, no final da expiração

4-5mmHg

Previne atelectasias

Optimiza a oxigenação com Fio_2 reduzindo a toxicidade ao O_2



Homo Erectus


CONTROL, ALT, DELETE, COOPS.

UTI

VOCÊ CONTINUA AÍ ????

MODALIDADES VENTILATÓRIAS

Em emergência os modos mais usados são: VC, PC, SIMV+PA, PA.




VOLUME CONTROLADO

O parâmetro constante é o Volume Corrente (VC)

O parâmetro variável é a pressão das vias aéreas, que pode variar de ciclo para ciclo.

O doente não tem qualquer autonomia ventilatória.

O ventilador é o único responsável pela ventilação do doente.



OBSERVAR E REGISTRAR:

VC Insp/Exp

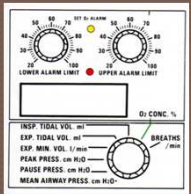
FR prog/dte

Vmin insp/exp

P max insp

PEEP


Fio2 prog/dte



VOL. CONTR.+SIGH

Volume Controlado + suspiro

Aparece um suspiro a cada 100 ciclos respiratórios.




PRESSÃO CONTROLADA

Doente sem autonomia ventilatória.

O parâmetro constante é a pressão.

Quando se pretende limitar as pressões máximas inspiratórias.



O parâmetro variável é o VC que é influenciado por variações de: compliance pulmonar
resistências do circuito
resistências das vias aéreas.

O volume corrente que se fornece ao doente é o resultado da inter-relação destes parâmetros.

OBSERVAR E REGISTAR:

- VC Insp/Exp
- FR prog/dte
- PEEP
- Vmin insp/exp
- P max insp
- Fio2 prog/dte

Vantagens :


- assegurar que o nível de pressão inspiratório pré-programado seja mantido durante a inspiração
- Evita pressões de pico desnecessárias nas vias aéreas

Desvantagem:

- a variação do VMin

MODALIDADES DE VENTILAÇÃO MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA (SIMV)

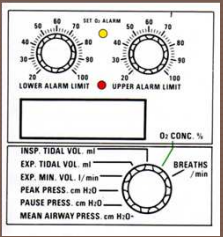
SIMV+PA



Nesta modalidade o doente recebe um determinado nº de ciclos mandatórios, controlados pelo ventilador. Entre as respirações mandatórias o doente pode respirar espontaneamente com suporte de pressão ajustado no botão de pressão assistida (PA).

OBSERVAR E REGISTAR:

- VC insp/exp
- Vmin insp/exp
- Fio2 prog/dte
- P max insp
- PA
- PEEP



SIMV (VENTILAÇÃO MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA).

O doente respira de forma autónoma com a sua frequência e volume, no entanto é-lhe assegurado um mínimo de respirações programadas no ventilador.
O ventilador reconhece o estímulo respiratório do doente

Apresenta um ajuste de frequência baixa ou frequência alta, com indicador luminoso.

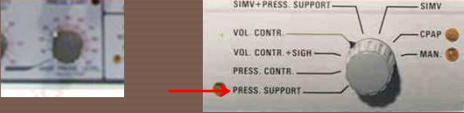



PRESSÃO ASSISTIDA

Doente com autonomia ventilatória.

A inspiração inicia-se quando o doente faz um esforço inspiratório e desencadeia o "trigger", ocorre a inspiração, passando seguidamente para a expiração.

DESVANTAGEM: risco de hipoventilação



Em PA a frequência respiratória depende do doente, sendo a modalidade em que se consegue maior sincronismo doente-ventilador, necessitando por isso menos sedação.

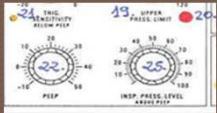
A PA não é apenas uma modalidade de desmame, podendo os doentes ser conectados e ventilados nesta modalidade.

Nesta modalidade quanto maior a pressão assistida menor o trabalho respiratório.

Com pressões superiores a 10 cm H₂O, conseguem-se diminuições importantes do trabalho respiratório.

OBSERVAR E REGISTAR:

- VC Insp/Exp
- FR prog/dte
- Vmin insp/exp
- P max insp
- PA
- PEEP
- Fio2 prog/dte



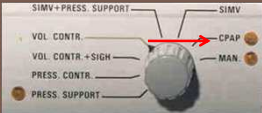
O trabalho respiratório de um doente extubado é sobreponível quando ventilado em PA de 8 cm H₂O

CPAP

Doente com autonomia respiratória

O ventilador garante uma pressão contínua positiva, com o objectivo de evitar colapso das vias aéreas

Aumenta a capacidade pulmonar e melhorar a oxigenação arterial.



OBSERVAR E REGISTAR:


- VC Insp/Exp
- FR prog/dte
- PEEP
- Vmin insp/exp
- P max insp
- Fio2 prog/dte

MAN (VENTILAÇÃO MANUAL)

não é comumente utilizada



SERVO 900 C



PRESSÃO DE TRABALHO

Deve estar regulado a 60 cm H2O.

Se a agulha do manómetro marcar abaixo de 60: verificar as conexões e as tubuladuras - obstrução do circuito ou traqueias desconectadas

SERVO 900 C




INDICADOR ADULTOS/CRIANÇAS

O interruptor niños/adultos selecciona a escala em que está a trabalhar o ventilador.

Quando se selecciona o indicador de "niños" permanece aceso o indicador luminoso.

FUNÇÕES ESPECIAIS.

- Alarme APNEA:** Emite um sinal luminoso e acústico se nos últimos 15 seg. não se dispara uma respiração. Se desactiva com o ventilador em modo MAN.
- Alarme GAS SUPPLY (SUMINISTRO DE GAS):** Emite sinal luminoso e sonoro se houver corte de gás.
- BOTÃO INSP.PAUSE HOLD (pausa inspiratória prolongada):** prolonga a pausa inspiratória. Serve para avaliar a pressão pulmonar exacta no final da inspiração.
- BOTÃO EXP.PAUSE HOLD (pausa expiratória prolongada):** prolonga a pausa na expiração. Serve para avaliar a pressão pulmonar exacta no final da expiração.
- BOTÃO GAS CHANGE (renovação de gases):** utiliza-se para aumentar a pressão dos gases dentro dos circuitos. Ao premir o botão, as válvulas inspiratória e expiratória abrem-se e faz-se uma renovação dos gases.

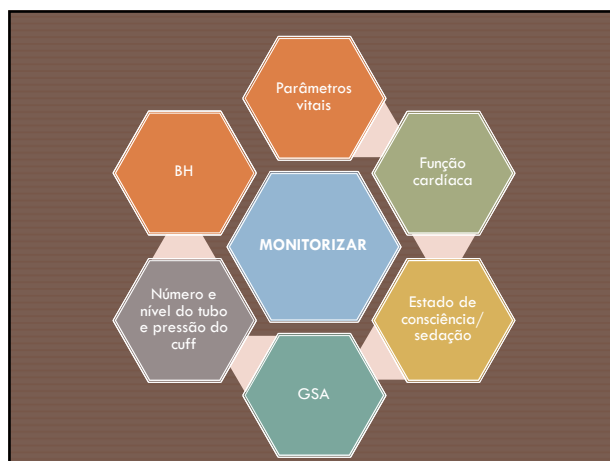


CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO INVASIVA

- CONSCIENCIA
- COMUNICAÇÃO
- AUTOCUIDADO ACTIVIDADE FÍSICA
- AUTOCUIDADO COMER E BEBER
- AUTOCUIDADO HIGIENE
- INFEÇÃO
- LIMPEZA DAS VIAS AEREAS

LIMPEZA DAS VIAS AEREAS

- Deve ser realizada apenas quando necessário
- Usar sonda estéril de uso único
- Usar luvas limpas ou estéreis para a aspiração
- Pré-oxigenar a 100% antes de aspirar
- A pressão da aspiração deve ser entre os 90-150 mmHg
- As sondas de aspiração devem ter metade do calibre do tubo traqueal
- Manter a pressão do cuff adequada
- Antes de desinflar o cuff para a remoção ou mobilização do tubo traqueal, aspirar sempre as secreções acima do cuff





Muito obrigada pela atenção!!

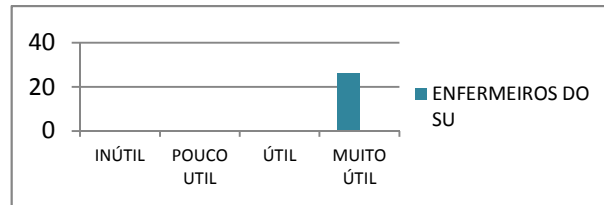
BIBLIOGRAFIA

- SCHAFFLER, A.; MENCHE, N. - Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem, Loures, Lusociência; 2004. ISBN: 972-8383-78-9.
- SWEARINGEN,P;; KEEN,J. - Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos, 4ª Edição, Lusociência, Loures, 2001, ISBN 972-8383-52-5.
- MACELINO, P. - Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico, Lusociência, Loures, 2009, ISBN 978-972-8930-42-4.
- Manual de Ventilação Mecânica- Servo 900C
- FERREIRA,S; et al. - Revista Portuguesa de Pneumologia - Ventilação não invasiva, Volume XV nº 4 Julho/Agosto 2009

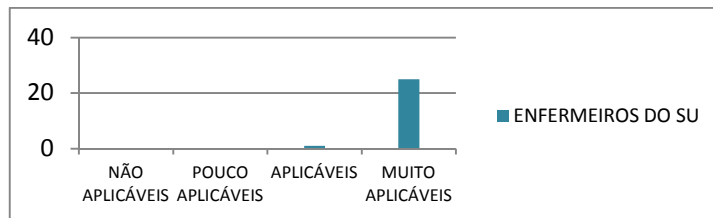
APÊNDICE X – Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa

AÇÃO DE FORMAÇÃO
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM EMERGÊNCIA
AValiação DOS QUESTIONÁRIOS

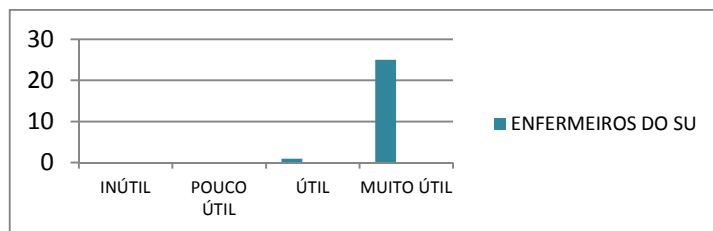
1. Em que medida considera que os conteúdos da ação de formação foram úteis ao exercício da sua função?



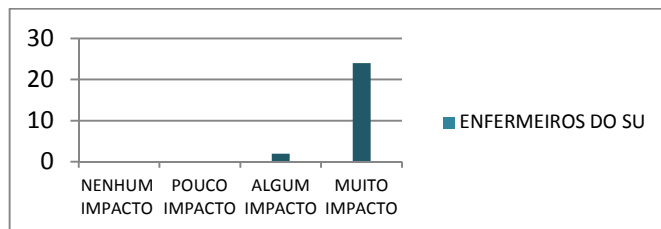
2. Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis à sua prática diária?



3. A ação de formação foi útil para o seu desenvolvimento pessoal?



4. A ação de formação terá impacto ao nível do seu desempenho?



5. Recomenda esta ação de formação a outras pessoas?



AÇÃO DE FORMAÇÃO
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA EM EMERGÊNCIA
QUESTIONÁRIO

1. Em que medida considera que os conteúdos da ação de formação foram úteis ao exercício da sua função?

Inútil Pouco Útil Útil Muito Útil

2. Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis à sua prática diária?

Não aplicáveis Pouco aplicáveis Aplicáveis Muito aplicáveis

3. A ação de formação foi útil para o seu desenvolvimento pessoal?

Inútil Pouco Útil Útil Muito Útil

4. A ação de formação terá impacto ao nível do seu desempenho?

Nenhum Impacto Pouco Impacto Algum Impacto Muito Impacto

5. Recomenda esta ação de formação a outras pessoas?

Sim Não

6. Apreciação crítica sobre a ação de formação:

Sandra Gaspar

APÊNDICE XI - Candidatura de apresentação de Comunicação sob a forma de Póster, com o tema “Enfermeiros na Promoção da Esperança no Serviço de Urgência”, apresentada à Comissão Científica do Congresso Internacional Desafios em Enfermagem

FICHA DE RESUMO

MODELO PARA CANDIDATURA A APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO

Tipo de comunicação:

PÓSTER

Título:

A PROMOÇÃO DE ESPERANÇA POR PARTE DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Autores:

Sandra Gaspar* sandramcgaspar@gmail.com 966524681

Suzana José**

Professora Pontífice de Sousa***

* Aluna da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

** Enfermeira Especialista, Hospital de Sta. Maria

*** Professora, Universidade Católica Portuguesa.

Problema (Identificação da situação | Formulação da questão)

No contexto do Serviço de Urgência as pessoas são confrontadas com circunstâncias de vida extremamente complexas, sendo situações que provocam importantes desafios existenciais nas vidas das pessoas por elas afetadas. Estas são questões profundas, levantadas pela incerteza e verdadeiramente marcadas pela esperança.

A relevância do conceito de esperança tem vindo a crescer de forma galopante na enfermagem. Surge como uma estratégia de adaptação importante, que influencia a forma como a pessoa se capacita, aceita e resiste à situação de crise que vivencia, sendo um contributo precioso para que a pessoa mantenha a qualidade de vida e para a determinação de objetivos realistas. Cavaco, et al (2010) referem que se torna imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no acompanhamento do estado de saúde da pessoa de quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente, numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente.

Objetivo (s)

Desenvolver o pensamento crítico, a habilidade para Agir e Pensar Enfermagem, com o objetivo de cuidar a Pessoa, procurando a defesa da Dignidade Humana. Ver refletida de forma construtiva, a Promoção de Esperança por parte dos Enfermeiros do Serviço de Urgência.

Metodologia (amostra | Recolha da informação | Instrumentos | Tratamento de dados/análise da informação)

Reflexão/relato de experiências numa área onde a Enfermagem tem um papel privilegiado e faz a diferença.

Principais Resultados

Conclusões

Os enfermeiros encontram-se, indiscutivelmente, numa posição que pode influenciar positiva ou negativamente a esperança, este deve ser um aspeto fulcral no seu agir profissional.

Lista Bibliográfica relacionada com o assunto (De acordo com a NP-405)

Cavaco, V. et al - Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revista Referência - II - n.º12 – 2010 p. 93-103.

Dufault and Martocchio, Hope: Its Spheres and Dimensions. Nursing Clinics of North America – Vol. 20.Nº 2 June 1985. Pag 379-391.

Herth, Kaye. – Engendering hope in the cronically and terminally ill: Nursing interventions. The American Journal of Hospice e Palliative Care, 1995 Set, 12:31.

Herth, Kaye; Cutcliffe, John (2002). The Concept of Hope in Nursing 4: hope and gerontological nursing. British Journal of Nursing, 11(17) 1148-1156. LOPES, M. – A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio-alcance. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X.

Parker-Oliver, Debra – Redefining hope for the terminally ill. American Journal of Hospice & Palliative Care. Vol. 19, nº 2, 2002. p.115-120.

Querido, A. - A Esperança em Cuidados Paliativos. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2005.

Veiga, A. – Pessoa em fase terminal de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?, Referência, 2009 Jul, 47-56.

PS - O Resumo não pode ter mais de duas páginas, o tamanho da letra deve ser de 12 com 1 espaço.

Todos os candidatos devem estar inscritos no Congresso à data da seleção dos resumos

APÊNDICE XII – Comunicação sob a forma de Póster, “Enfermeiros na Promoção da Esperança no Serviço de Urgência”, apresentado no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Autores:

Sandra Gaspar
Bacharelada e Especialista em Cuidado de Especialidade em Enfermagem Médica Cirúrgica na UCP da Universidade Católica Portuguesa

Prof.ª Patrícia Pontífice de Sousa
Bacharelada e Mestre da UCP da Universidade Católica Portuguesa

Suzana José
Bacharelada e Especialista em Serviço de Urgência do Hospital de São Maria

a pessoa é confrontada com a IMPREVISIBILIDADE, PERDA e SOFRIMENTO... são circunstâncias de vida extremamente complexas, que provocam importantes DESAFIOS EXISTENCIAIS nas vidas das pessoas por elas afectadas. Estas são questões profundas, levantadas pela INCERTEZA e verdadeiramente marcadas pela

ESPERANÇA

Na perspectiva de Dufault e Martocchio a Esperança é considerada como um conceito multidimensional e dinâmico caracterizado por uma expectativa confiante, mas incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo, sendo este realisticamente possível para a pessoa.

A esperança apresenta na vida da pessoa um papel fulcral, sendo vivida de forma única e singular é grandemente influenciada pelo ambiente em que se encontra. No serviço de urgência a pessoa é confrontada com situações de crise e tem de alcançar um significado para o acontecimento, para a sua vida, sendo a esperança uma dimensão essencial para lidar com a doença/preparação para a morte.

De uma forma generalizada, Mitchell (1997) refere-se à esperança, não como a convicção de que algo vai correr bem, mas sim a certeza de que, qualquer coisa que aconteça fará sentido, independentemente da forma como irá correr ou acabar.

ESPERANÇA PARA PROMOVER ESTRATEGIAS

A esperança surge como uma estratégia de adaptação importante, que influencia a forma como a pessoa se capacita, aceita e resiste à situação de crise que vivencia, sendo um contributo precioso para a determinação de objectivos realistas. Cavaco, et al. (2010) referem que se torna imprescindível que os enfermeiros reconheçam a sua relevância, no acompanhamento do estado de saúde da pessoa de quem cuidam, uma vez que se encontram, inevitavelmente, numa posição que a pode influenciar positiva ou negativamente.

Mok (2010), no seu estudo sobre perspectiva dos enfermeiros acerca da promoção de esperança, verificou que os enfermeiros consideram a promoção da esperança como aspecto fundamental, sendo fulcral o entendimento acerca da sua própria esperança e o permanecer esperançoso no processo de cuidar.

Parker-Oliver (2002) sugere a existência de quatro

ESTÁDIOS DA ESPERANÇA:

- 1 - Cura;
- 2 - Tratamento;
- 3 - Prolongamento de vida;
- 4 - Morte serena.

Este pode ser um desafio aliciante que os enfermeiros de um serviço de urgência encaram, acompanhar a esperança da pessoa e da sua família nos seus diferentes estádios, tendo presente uma esperança frequentemente modificada, realinhada, redimensionada, com diferentes focalizações.

ENFERMEIROS NA PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ESPERANÇA

As intervenções de enfermagem, centradas no cuidado holístico e humano com a pessoa devem ser encaminhadas no sentido de: identificar as necessidades reais, adoptar estratégias singulares, estabelecer uma relação empática e desenvolver competências de comunicação.

Herth (1995) definiu intervenções promotoras de esperança que permitem manter e redimensionar a esperança da pessoa em fim de vida e que, na minha opinião, são linhas condutoras no contexto do serviço de urgência:

- 1 Proporcionar conforto/alívio de sintomas.
- 2 Incentivar a expressão de emoções e sentimentos: discutindo informação sobre a doença e fomentando estratégias emocionais e motivacionais.
- 3 Facilitar o sentido de se encontrar 'conectada' com os outros: suporte familiar/ pessoas de referência.
- 4 Ajudar a ver pequenas alegrias do presente, obter/ relembrar ganhos possíveis, estimular o doente a ver para além da doença.
- 5 Conhecer o seu objecto de esperança, identificar áreas específicas de esperança na vida.
- 6 Facilitar a exteriorização de crenças religiosas.
- 7 Identificar as necessidades reais com o doente de forma a adoptar estratégias adequadas à pessoa. Estabelecer objectivos realistas com o doente. Rever objectivos.
- 8 Encorajar a partilha de experiências positivas passadas, no sentido de afirmação do seu valor próprio.
- 9 Envolver o doente no seu próprio progresso e na tomada de decisão, planejar estratégias tendo em vista o aumento da esperança do doente, procurando minimizar os obstáculos que diminuem a espera.
- 10 Ter atitude positiva, utilizar o humor e um espírito de "gostar de viver".

O acompanhamento na esperança surge como uma competência fulcral incutida na prática dos cuidados de enfermagem, nomeadamente no contexto do serviço de urgência, onde é fundamental tomar em consideração as situações de crise vivenciadas pelos doentes e acompanhantes, os sentimentos e as emoções que transmitem, partilham e ressaltam, não só pelo seu relato mas sobretudo pelas suas expressões não verbais de incerteza, vulnerabilidade, sofrimento e desesperança.

O conceito de esperança surge evidentemente como um conceito central em enfermagem e como uma componente fundamental do agir profissional dos enfermeiros...numa área onde a enfermagem faz toda a diferença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cavaco, T. et al. - Qual é o papel da esperança no estado de saúde do doente? *Enfermagem Global*, 11, n.º12, 2010, p. 65-69.
Dufault and Martocchio, Hope in Siblings and Children: Young Children of Stroke Survivors. *Stroke*, 2007, 38(10), 1269-1271.
Herth, Hope - Regulating hope in the critically ill and seriously ill. *Intensive Care Medicine*, 1999, 4(4), 120-121.
Lopes, M. - A mulher sobrevivente do cancro: a experiência. *Revista de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa*, 2009, 19(1), 175-188.
Parker-Oliver, Catherine - Redefining hope for the terminally ill. *Intensive Care Medicine*, 1999, 4(4), 120-121.
Queménil, S. - A Esperança em Cuidados Paliativos. *Revista de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Medicina de Lisboa*, 2008.
Wegge, A. - The role of hope in the management of patients with end-stage cancer. *Supportive Care*, 2007, 14, 47-56.