



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE

ENFERMAGEM À PESSOA 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 Silvína Maria da Costa Moura

LISBOA, Janeiro de 2015



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE

ENFERMAGEM À PESSOA 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 Silvína Maria da Costa Moura

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Janeiro de 2015

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”*
Antoine de Saint-Exupery

AGRADECIMENTOS

Ao João Pedro pelo apoio demonstrado, compreensão e companheirismo, e por em conjunto elevarmo-nos na superação de mais uma importante etapa da nossa vida.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo carinho, incentivo e compreensão da minha ausência neste último ano e ao meu irmão Vítor e cunhada Isabel, pela disponibilidade constante.

Quero agradecer à Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice de Sousa pela motivação, orientação e disponibilidade constante ao longo deste percurso académico.

Agradeço também ao Prof.^o Doutor Sérgio Deodato pela disponibilidade demonstrada.

Agradeço aos colegas orientadores que contribuíram com o seu saber e o seu tempo em prol do meu percurso formativo.

Aos outros enfermeiros, pessoas doentes e seus familiares com quem tive oportunidade de partilhar alguns momentos importantes das suas vidas e que me permitiu o desenvolvimento de uma prática especializada.

A todos os outros colegas que se revelaram importantes na reflexão e discussão no dia-a-dia, destacando a Paula e a Sandrina por juntos termos conseguido percorrer este caminho.

Agradeço ainda aos meus amigos mais próximos, pelo apoio e disponibilidade ao longo deste percurso.

RESUMO

Dada a necessidade crescente e o grau de complexidade a que cada vez mais assistimos ao nível da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, impõe-se ao enfermeiro a mobilização e adequação de um conjunto de competências específicas, assim como o seu constante aperfeiçoamento profissional.

Neste sentido, ao enfermeiro especialista exige-se um elevado nível de responsabilidade inerente ao reconhecimento de domínio de conhecimentos científicos especializados, mobilizando recursos e saberes para uma melhor avaliação da prática de cuidado, reconhecendo e atendendo às necessidades específicas e globais do cliente e sua família a vivenciar um processo de transição saúde/ doença. Reconhece-se ainda a sua capacidade de apoio à equipa de saúde na resolução dos problemas da prática profissional, atuando de modo dinâmico, criativo e dinamizador, evidenciando a humanização dos cuidados.

O presente relatório tem como objetivo analisar e refletir de forma crítica as competências de enfermeiro especialista, na área da Enfermagem médico-cirúrgica, mobilizadas e adquiridas ao longo dos dois módulos de estágio: *Serviço de Urgência e Cuidados paliativos*. Foi objetivo transversal em ambos os estágios a aquisição e integração de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais que visou o desenvolvimento de uma prática profissional mais responsável e esclarecida, com vista à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Relativamente ao módulo II: Cuidados Intensivos/ Intermédios, foi-me creditado devido à minha experiência profissional de oito anos nesta prática de cuidados.

No serviço de urgência, desenvolvi competências ao nível da gestão de prioridades com vista à estabilidade hemodinâmica do cliente em situação crítica, discuti e analisei situações da prática dos enfermeiros que careceram do recurso a competências especializadas de análise ético-deontológica e jurídica, tendo como premissa um agir profissional consciente e responsável dentro dos seus limites de atuação.

No serviço de Cuidados Paliativos, desenvolvi competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente na transmissão de más notícias. Refleti criticamente e compreendi a importância das intervenções de enfermagem dirigidas à família do cliente em fim de vida aquando da tomada de decisão para sedação paliativa, tema este que dada a sua grande componente ética se encontra em constante discussão.

Uma prática especializada evidencia-se através do recurso a uma cultura de constante aprendizagem, pensamento crítico, reflexivo e uma tomada de decisão fundamentada na melhor evidência científica. Considero, assim, que a articulação destas premissas foi fundamental para a construção de uma nova identidade profissional, a de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, competências, qualidade e segurança dos cuidados.

ABSTRACT

Considering the growing need and the degree of complexity which we increasingly witness as far as rendering nursing care to the person in a critical condition is considered, to the nurse is imposed the mobilization and adjustment of a set of specific competences, as well as his constant professional improvement.

In this sense, to the specialized nurse is demanded a high level of responsibility inherent to the recognition of the mastery of specialized scientific knowledge, mobilizing resources and knowledge for a better evaluation of the care practice, recognizing and attending the specific and global needs of the client and his family experiencing a transition process of health/ illness. His capacity of support to the health team in the resolution of problems of the professional practice, acting in a dynamic, creative and stimulating way, showing the humanization of the care, is also recognized.

The objective of this report is to analyse and reflect, in a critical way, upon the competences of the specialized nurse, in the area of the medical-surgical nursing, mobilized and acquired during the two modules of training: Emergency Service and Palliative Care. The acquisition and integration of technical, scientific, ethical and relational competences has been a transversal objective in both training periods, aiming at the development of a more responsible and informed professional practice, having as a purpose the quality and security of the nursing care.

As far as module II – Intensive Care/ Intermediate - is concerned, it has been credited due to my eight-year professional experience in this practice of care.

In the emergency service, I've developed competences of management of priorities aiming at the haemodynamic stability of the client in critical condition; I've discussed and analysed situations of the nurses' practice which demanded the use of specialized competences of legal and ethical-deontological analysis, having as a premise a conscious and responsible professional acting within their limits of performance.

In the service of Palliative Care, I've developed communicational and relational competences, namely in the transmission of bad news; I've identified in the literature and sensitized the nurses to the importance of the nursing interventions aiming at the family of the client facing the end of life in the moment of the decision-making concerning palliative sedation, theme which is in constant discussion due to its great ethical component.

A specialized practice shows itself through the use of a culture of constant learning, a critical and reflexive thought, and a decision-making based on the best scientific evidence. Thus, I consider that the articulation of these premises has been fundamental in building a new professional identity, the one of Specialized Nurse in Medical-Surgical Nursing.

Key-words: specialized nurse, competences, quality and security of the care.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

N.º – Número

p. – Página

Enf.^a – Enfermeira

Enf.º – Enfermeiro

Prof.^a – Professora

Prof.º – Professor

AMP – Atendimento Médico Permanente

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PBE – Prática baseada na Evidência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Sala de Observações

SPIKES – Setting up the interview Perception Invitation Knowledge Emotions Strategy

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA PESSOA EM FIM DE VIDA AQUANDO DA TOMADA DE DECISÃO DE SEDAÇÃO PALIATIVA- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	23
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	35
2.1- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS (Creditado).....	38
2.2- MÓDULO I- SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	46
2.3- MÓDULO III- CUIDADOS PALIATIVOS.....	59
3. CONCLUSÃO.....	77
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA).....	81

ANEXOS

ANEXO I- Certificado do Curso de Formação: “O Apoio à família em Cuidados Paliativos”

ANEXO II- Certificado do Curso de Formação: “Dignidade Em Fim de Vida”

ANEXO III- Certificado do Simpósio de Enfermagem: “Segurança do Medicamento”

APÊNDICE

APÊNDICE I- *Poster*. “Higienização das Mãos”

APÊNDICE II- Sessão de Formação em Serviço no AMP: Apresentação do trabalho teórico:
“Os Limites de Atuação do Enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica”

APÊNDICE III- Artigo enviado para Publicação em Revista Científica Internacional: “Os Limites
de Atuação do Enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica”

APÊNDICE IV- Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura: “Intervenções de Enfermagem à
Família da Pessoa em Fim de Vida aquando da Tomada de Decisão de Sedação
Paliativa”

APÊNDICE V- Sessão de Formação em Serviço nos Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa
da Literatura sobre “Intervenções de Enfermagem à Família da Pessoa em Fim
de Vida aquando da Tomada de Decisão de Sedação Paliativa”

APÊNDICE VI- *Poster* sobre “Sedação Paliativa: considerações a atender na implementação”

ÍNDICE TABELAS

TABELA 1- Caraterísticas dos estudos encontrados..... 29

TABELA 2- Resultados obtidos da análise dos artigos selecionados..... 30

INTRODUÇÃO

Dado o avanço técnico-científico que se tem verificado através da identificação de novas situações de saúde/ doença, por sua vez mais complexas, contudo com diagnósticos e tratamentos cada vez mais precoces, repercute-se no aumento da esperança média de vida, aumentado paralelamente as comorbilidades associadas. Neste sentido, como a profissão de Enfermagem constitui uma comunidade profissional científica de grande relevância no sistema de saúde da população, tal como nos elucida o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), no Decreto-Lei 104/98 de 21 de abril (alterado e republicado como anexo à Lei 111/2009 de 16 de novembro) considera-se esta como um recurso efetivo do sistema, para responder progressivamente de uma forma mais eficaz e adequada às necessidades da população.

Todo este avanço é transversal à comunidade, pois encontramos-nos perante pessoas cada vez mais informadas, e conhecedoras dos seus direitos. Neste sentido, o direito dos doentes a cuidados de enfermagem de qualidade obriga o enfermeiro a assumir o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, exercendo a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, dignidade humana, saúde e bem-estar da população, assegurando por todos os meios, condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, e se necessário comunicar através das vias competentes as deficiências que comprometem a qualidade dos cuidados, como descreve a alínea a) do Artigo 76.º e alínea c) e d) do Artigo 88.º do EOE.

É importante que o processo de especialização em enfermagem contribua para o desenvolvimento do conceito “enfermagem avançada”, como indica Silva (2007, p.18) construindo “Enfermagem com mais enfermagem”, ou seja, desenvolver a disciplina com investigação nos fundamentos da mesma, enraizados em teorias próprias que lhe conferem identidade e rigor científico enquanto ciência.

Benner (2001) considera que a profissão de Enfermagem centra a sua atuação no crescimento, desenvolvimento e promoção da saúde. Isto é, intervém nos processos de recuperação e adaptação da pessoa ao processo de doença. Por sua vez, Meleis (2010) refere-se à prática de enfermagem como uma fonte importante para o desenvolvimento da teoria, sendo esta parte essencial do léxico do enfermeiro e acrescenta que o desenvolvimento da enfermagem como ciência é a chave para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Exige-se, deste modo, um agir profissional responsável e esclarecido, firmado nos princípios éticos, deontológicos e jurídicos, refletindo-se numa prática consciente, autónoma e justa que advém de um conhecimento sustentado na evidência científica. Este agir é alcançado com o recurso a uma prática especializada, que apenas é conseguida através de um domínio

específico de competências, que permita uma tomada de decisão consciente e esclarecida na procura de um constante aperfeiçoamento profissional, com vista à excelência do exercício profissional de enfermagem. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, partilha com todos os outros especialistas em enfermagem um conjunto de competências comuns em diversas áreas, bem como competências específicas na sua área de especialização.

Evidência ainda o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), publicado no Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções comprometidas, mantendo as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações com vista à sua recuperação total.

A pessoa em situação crítica é entendida, como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1).

Com o objetivo de uma prática de cuidados mais especializada, mais direcionada para a pessoa em situação crítica, uma vez que presto cuidados de enfermagem numa unidade de Cirurgia Cardiotorácica, surge a minha motivação para realizar a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Importa salientar a necessidade sentida, no decorrer destes últimos anos, em aprimorar e consolidar competências adquiridas que me permitiram prestar cuidados de alta complexidade à pessoa em situação crítica e sua família, que se encontram num processo de transição e concomitantemente adquirir novas competências, no sentido de uma prática com vista à segurança e qualidade dos cuidados.

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular *Relatório* do Curso de Mestrado de natureza profissional na área de Especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Um relatório de estágio visa transmitir e registar toda a experiência e aprendizagem, decorrente das atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos da prática (Cerqueira, *et al.*, 2014).

Com a elaboração deste relatório, pretendo evidenciar o percurso desenvolvido ao longo dos dois módulos de estágio que integram esta unidade curricular. O principal objetivo visa descrever e analisar crítico-reflexivamente as competências gerais e específicas de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, recorrendo ao contributo da definição de objetivos gerais e específicos por mim desenvolvidos em cada local de estágio, das experiências vividas e das intervenções realizadas à pessoa em situação crítica, servindo ainda como instrumento de avaliação para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Em consonância com o plano de estudos do Curso, o Estágio encontra-se dividido em três módulos (correspondendo um total de 180h em cada módulo), sendo eles: Módulo I- Serviço de Urgência; Módulo II- Cuidados Intensivos/ Intermédios e Módulo III Opcional- em

que a minha escolha recaiu pela área dos Cuidados Paliativos. Uma vez que os módulos de estágio não são precedentes entre si, o meu percurso de estágio teve início pelo módulo I e, posteriormente, pelo módulo III. Quanto ao módulo II, este foi-me creditado, devido ao meu percurso profissional, uma vez que presentemente exerço funções inerentes à categoria de enfermeira de cuidados gerais, na Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central, Pólo Hospital de Santa Marta desde agosto de 2006. As competências adquiridas ao longo deste percurso profissional estão relacionadas sobretudo com a assistência à pessoa em situação crítica e sua família.

A opção de realizar o módulo III em Cuidados Paliativos justificou-se pela necessidade (consciente e objetiva) de desenvolver a vertente relacional, uma vez que presto cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida. Contudo, considero que infelizmente a estes nem sempre lhe são dirigidos os verdadeiros cuidados paliativos, uma vez que a filosofia do curar sobrepõe-se à do paliar, confrontando-me com um sofrimento existencial e espiritual muito grande, onde percebemos nitidamente a angústia vivida pela pessoa em fim de vida e sua família. Estas situações fizeram-me refletir e perceber diariamente o quanto a nossa presença, disponibilidade e intencionalidade de atuação é importante em atenuar, ainda que por momentos, um pouco esse sofrimento. Neste sentido exigem-se profissionais especializados, de modo a responderem o mais adequadamente às necessidades reais da pessoa e sua família. Assim, desenvolver e consolidar competências, respondendo às múltiplas necessidades evidenciadas pela pessoa em fim de vida e sua família para uma prestação de cuidados de qualidade foi um dos meus objetivos específicos com este estágio.

Transversalmente, ao longo dos dois estágios clínicos, a minha intervenção visou a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, e no processo descritivo-reflexivo referencio para anexo e apêndices alguns documentos que se revelaram preponderantes no desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista ao longo deste percurso.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), o *International Council of Nurses*, *International Pharmaceutical Federation* e o *World Medical Association*, consideram a segurança dos clientes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde. O *International Council of Nurses* acrescenta que a segurança é fundamental à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, tendo como objetivo a determinação estratégica que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se como uma ação prioritária, estando já formalmente assumida pela Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermagem (OE, 2002). Neste sentido, “a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, competindo às instituições de saúde adequar recursos e criar estruturas que acautelem o exercício profissional de qualidade” favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade e da excelência dos cuidados (OE, 2002, p.9).

Seguindo Donabedian (2003) no seu modelo de avaliação da qualidade que tem por base três componentes fundamentais: a estrutura, o processo e os resultados, foi o modelo por

mim seguido aquando da construção do meu projeto de estágio, uma vez que aos objetivos de estágio delineados, encontravam-se associadas as competências a atingir, através dos indicadores de processo e resultado. De referir que com a elaboração deste relatório de estágio se procederá igualmente a uma avaliação de todo este processo, uma vez que este suporta toda a informação respeitante ao percurso efetuado, com base na metodologia analítico-reflexiva e descritiva da e sobre a prática, com recurso à pesquisa bibliográfica.

Cada um de nós guia-se na prática de cuidar e nas restantes atividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem a nossa conceção de cuidar em enfermagem (Basto, 2009). Desta forma, foi pertinente sustentar a minha prática de cuidados num modelo teórico de enfermagem, na Teoria das Transições de Meleis (2010), sendo considerada uma teoria de médio alcance. Segundo Tomey & Alligood (2004) uma teoria de médio alcance é a que possui o nível menos abstrato do conhecimento teórico, por incluir aspetos característicos da prática de enfermagem.

Se atendermos que no paradigma da transformação cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura/ padrão único, em interação recíproca e simultânea com o mundo que o rodeia (Kerouac *et al.*, 1996), podemos facilmente compreender as múltiplas influências que poderemos encontrar na assistência à pessoa em situação crítica, permitindo assim identificar os obstáculos ultrapassá-los em conjunto com a pessoa, com vista ao seu bem-estar.

Suportei ainda o meu desenvolvimento profissional, fundamentada no modelo teórico de Patrícia Benner, onde explico o meu aperfeiçoamento como enfermeira, na aquisição de competências fundamentadas numa prática baseada na evidência que se traduza na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Denotar que o sujeito dependente de cuidados é definido como sendo *pessoa* em situação crítica, por se encontrar num contexto de hospitalização, numa situação de doença e de grande vulnerabilidade ou *pessoa/cliente* atendendo ao modelo teórico de Afaf Meleis. Assim, segundo esta teórica cliente representa um ser humano com necessidades, que está em constante interação e adaptação com o ambiente que o rodeia, mas, que devido a uma situação doença experiencia necessidades específicas dado o acontecimento de vulnerabilidade e desequilíbrio. De salvaguardar outra designação, de modo a não adulterar o sujeito de cuidados identificados por outros autores mencionados ao longo do relatório. Considero também como sujeito de cuidados a *família*, segundo a sua definição na CIPE[®] (2011) que também inclui as pessoas significativas.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em três capítulos, inicialmente com a apresentação da revisão integrativa da literatura sobre as intervenções de enfermagem à família da pessoa em fim de vida aquando da tomada de decisão de sedação paliativa, posteriormente seguir-se-á a descrição e a análise crítica das competências desenvolvidas, esta análise é feita de uma forma individualizada para cada módulo de estágio, pelo que este mesmo capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, e finalmente segue-se a conclusão, seguida das referências bibliográficas.

1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA PESSOA EM FIM DE VIDA AQUANDO DA TOMADA DE DECISÃO DE SEDAÇÃO PALIATIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

O morrer resulta da nossa condição de seres finitos e mortais, sendo uma consequência natural do viver, por vezes, surge de uma forma tão repentina que a própria pessoa não chega a consciencializar-se da mesma. Atualmente, esta morte súbita parece ser a mais ambicionada devido ao fato de ser interpretada como a causadora de menor sofrimento, contudo também os há que a desejam “viver”, no sentido de se prepararem para a sua inevitabilidade. Sendo que é nestas situações de morte anunciada, em que a pessoa doente e sua família vivenciam semanas e meses de grande angústia e dor. Dor que não é apenas física mas também psíquica. É uma dor que se transforma em sofrimento (Pacheco, 2014).

O alívio dos sintomas angustiantes; a prestação de cuidados a doentes que se encontram em fim de vida; a preparação do corpo após a morte; e o cuidar aos familiares enlutados, têm constituído intervenções de enfermagem de grande relevo, e isto deve-se ao movimento moderno dos hospícios, no final do século XX, tendo levado a uma reconceptualização dos cuidados (Magalhães, 2009).

Os enfermeiros são desafiados diariamente numa busca constante pelo conhecimento científico, no sentido de implementarem uma prática baseada na evidência. Neste sentido, pretendo efetuar uma revisão integrativa da literatura, designada como sendo um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência, ou seja, permite a incorporação das evidências na prática clínica (Mendes *et al.*, 2008).

O objetivo central desta revisão visou a esfera relacional, no sentido da identificação das intervenções de enfermagem descritas na literatura que se tornam cruciais e que contribuem para o cuidar à família da pessoa em fim de vida, aquando da tomada de decisão de sedação paliativa, reconhecendo o impacto deste acontecimento na família/ pessoa significativa, uma vez que acompanham o cliente neste processo de transição, vivenciando os mesmos processos igualmente de transição nas suas vidas.

Seguidamente desenvolve-se o enquadramento concetual, com o objetivo de clarificar os principais conceitos. Posteriormente, segue-se a descrição metodológica do estudo; apresentam-se os resultados obtidos; a discussão dos mesmos; e, por último, as principais conclusões.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Importa clarificar os conceitos que integram o objeto desta revisão, uma vez que permite compreender melhor os resultados a extrair do mesmo. Assume-se como principais conceitos: “fim de vida”, “sedação paliativa”, “família ou pessoa significativa”, “intervenções de enfermagem” e “tomada de decisão”.

As situações que mais carecem de preocupação são nitidamente as situações em fim de vida que se prolongam por longo tempo, pois são assistidas de maior sofrimento, quer para a pessoa, quer para a sua família. A pessoa em fim de vida pensa a morte de uma forma muito particular, diferente do modo de como fazia quando era considerado saudável. Sucedem-se múltiplos sentimentos de perda, ansiedade, medo, daí a necessidade de cuidados personalizados, focalizados na globalidade do seu ser, que visem não só a ordem física, mas também a ordem psicológica, social e cultural. A satisfação destas necessidades é tão específica, quanto a singularidade da pessoa, bem como da sua família. Deve ter-se sempre em consideração que a forma como a pessoa enfrenta a proximidade da sua morte é única, pois depende de diversos fatores, nomeadamente da sua personalidade, da sua capacidade anterior para enfrentar obstáculos, do próprio suporte familiar que dispõe, da relação que estabelece com os profissionais de saúde, da sua compreensão face ao prognóstico.

Daí que as atitudes do doente em fase terminal, descritas teoricamente, nem sempre se verificam na prática, uma vez que cada um reage de maneira diferente, ou seja, cada pessoa tem os seus próprios tempos, pelo que os diferentes estadios poderão não estar presentes em todos os doentes, ou então surgirem por uma ordem diferente (Pacheco, 2014).

A propósito do cuidar em fim de vida, Cicely Saunders (2013) refere que estes doentes sentem necessidade de compaixão e não apenas de eficiência, daí reforçar a necessidade de se aprender o que a pessoa realmente sente quando sofre este tipo de dor. Sermos capazes de entender o que se sente quando estamos doentes, quando nos consciencializamos da nossa finitude, envolve aprender a sentir “com” os doentes e não sentir “como” eles, é esta a atitude a tomar, se queremos realmente fornecer-lhes suporte firme.

Esse suporte passa igualmente pela implementação da sedação paliativa, esta tem como objetivo induzir uma diminuição da consciência, a uma pessoa em fim de vida, através da administração deliberada de fármacos em doses e combinações adequadas que vise o controlo e alívio de sintomas refratários, que não respondem a todas as outras medidas disponíveis para esse fim, e com o consentimento implícito, explícito ou delegado (Pereira, 2014; Lacerda *et al.*, 2014; Barbosa, 2010; Cherny & Radbruch, 2009).

Segundo Nunes & Rego (2010), a sedação é uma intervenção médica, cujo objetivo visa o alívio de sintomas, contudo o alvo do nosso interesse vai mais além do sedar, visa concomitantemente o “paliar” que, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 (2011, p. 98), significa “gerir: providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através de apoio físico, emocional, psicológico e espiritual.”

Por sua vez, a “ação paliativa”, segundo a Direção Geral de Saúde (2005, p. 6), significa que “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.”

A sedação paliativa é utilizada para controlo sintomático e não se encontra relacionada com a diminuição da sobrevida dos doentes (Lacerda *et al.*, 2014; Nogueira *et al.*, 2012).

Segundo Twycross (2001), a experiência clínica indica que aqueles à qual a dor é aliviada tendem a viver durante mais tempo, relativamente aos que vivem continuamente com uma dor intensa, não remittente.

Devem ser considerados os seguintes critérios na implementação da sedação paliativa: “intencionalidade, proporcionalidade, autonomia na tomada de decisão e antecipação prematura da morte” (Barbosa, 2010, p.741).

Ainda segundo o mesmo autor, a sedação paliativa contém três características fundamentais, que devem ser sempre levadas em consideração, nomeadamente a “temporalidade”, podendo ser (permanente ou intermitente); o “objetivo”, se tem por base (o controlo sintomático físico e/ou psicológico); e a “intensidade”, na medida em que pode ser superficial (a pessoa apresenta-se consciente) e profunda (a pessoa está inconsciente). Assume ainda várias modalidades, nomeadamente “ligeira” ou “profunda”, “primária” ou “secundária”, e “intermitente” ou “contínua” (Barbosa, 2010, p.742; Nunes & Rego, 2010).

Os sintomas mais comuns para o uso da sedação paliativa são a agitação, o delírio, a dispneia, a dor e as convulsões. Determinadas situações de emergência nomeadamente hemorragia maciça, asfixia, dispneia grave terminal ou dor incontrolável, também podem ser indicativos para o uso de sedação paliativa (Cherny & Radbruch, 2009).

Segundo a European Association for Palliative Care (2009) os fármacos utilizados na sedação paliativa são: benzodiazepinas (midazolam, lorazepam e flunitrazepam), neurolépticos/ antipsicóticos (levomepromazina, clorpromazina), barbitúricos (fenobarbital) e o anestésico geral (propofol), não se verificando este último na nossa prática clínica.

Na nossa sociedade a família sempre desempenhou um papel central na socialização e desenvolvimento dos seus membros, desde sempre o indivíduo procurou o apoio necessário à superação das diferentes crises com que se foi deparando ao longo da sua vida na família, pois independentemente da sua estrutura é à família que recorrem a fim do restabelecimento do seu equilíbrio (Guarda *et al.*, 2010).

A família pode ser entendida como sendo um “grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (CIPE, 2011, p.115).

Por sua vez, Vieira (2009, p.83) destaca a pessoa significativa como sendo “as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados.”

A família é quem melhor e mais profunda e intimamente conhecem o doente, pelo que a sua inclusão nos cuidados é de valiosa importância. Apesar de toda a exaustão do cuidar,

acompanhar o familiar em fim de vida é de importância vital para o mesmo, referindo este como tempo único e gratificante, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento espiritual e pessoal do cuidador (Guarda *et al.*, 2010).

Por si só o internamento é gerador de angústia, dor e sofrimento para a família, contudo esses sentimentos exacerba-se ainda mais, por exemplo, quando existem barreiras à comunicação com o seu familiar, que é o que acontece muitas vezes quando iniciam sedação, uma vez que existe uma diminuição da consciência. Se por um lado ficam mais tranquilos por verem menos agitação, sofrimento do seu familiar, por outro lado encontram-se com dificuldades em comunicar com o mesmo. Assim sendo, compete aos profissionais de saúde, incentivar a família a permanecer junto do cliente, pois a oportunidade de reconciliação, resolução de problemas pendentes e a manifestação de sentimentos, de agradecimento, de despedida, podem ser fundamentais para ultrapassarem a fase do luto.

Todo o processo de aproximação à morte é envolto em grande sofrimento pelo que a sua família necessita de apoio para se adaptar à nova realidade e ser capaz de oferecer apoio ao doente. No entanto, este apoio não deve cessar quando a pessoa morre, mas sim dar a abertura necessária para que possam recorrer a um profissional de saúde de referência, a fim de serem ouvidos exprimindo assim os seus sentimentos (Pacheco, 2014).

Neste sentido as intervenções de enfermagem têm por objetivo capacitar os familiares para uma efetiva prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e comporta três ações cruciais: o esclarecimento de possíveis dúvidas por parte dos familiares; facultar-lhes informações necessárias e pertinentes; e proporcionar-lhes todo o apoio e ajuda de que necessitem. Estas ações passam pelo estabelecimento de uma relação de ajuda honesta e verdadeira e implicam o estabelecimento de uma comunicação eficaz (Pereira, 2010).

No que concerne às intervenções dos enfermeiros estas são a materialização do agir do enfermeiro e, como nos descreve n.º 1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), devem-se pautar pela “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, acrescentando, no Artigo 87.º da mesma Lei, que o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas do final de vida, deve defender e promover o direito do doente à escolha das pessoas que deseja para acompanhá-lo na sua fase final de vida e respeitar as manifestações de perda manifestadas pelo doente em fase terminal e pela sua família.

Tal como nos refere Meleis (2010), compete aos enfermeiros assumirem-se como elementos facilitadores nas transições pela qual o cliente e sua família passa, consciencializando estes para a necessidade de desenvolverem mecanismos de adaptação. Assim sendo, a equipa deve permitir e incentivar os familiares a permanecer junto da pessoa e a dormir no mesmo espaço; promover privacidade e um espaço acolhedor; incentivar a entrada de objetos pessoais que lhe são familiares, carregados de simbologia. A equipa deverá fornecer informações regulares e atualizadas face a toda a situação clínica, nomeadamente mudanças de plano terapêutico, prognóstico da doença, assim como prepará-los para o momento da morte, informando-os acerca do que esperar no processo de morte. As famílias necessitam de tranquilidade, apoio emocional, que deve ser uma constante ao longo de todo o

internamento. No momento que procede a morte, deverá ser dada à família oportunidade de expressar toda a sua tristeza, debater qualquer dúvida pendente, e validar todo o seu contributo durante o internamento (Cherny & Radbruch, 2009; Nogueira *et al.*, 2012).

De ressaltar o contributo e a importância da equipa de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem, na inclusão da família aquando da tomada de decisão de sedação paliativa, havendo contudo ainda um longo percurso a ser efetuado pela equipa, uma vez que a participação da família ainda não é tão ativa quanto se pretende.

Aquando do processo de tomada de decisão por parte do enfermeiro importa reconhecer os princípios, os valores e o modo como se consubstanciam no plano deontológico e jurídico, possibilitando que a adequação dos atos seja a mais análoga possível. Conforme Deodato (2008, p.29), a tomada de decisão é uma “componente fundamental do exercício da autonomia profissional do enfermeiro, que lhe permite a efetivação dos actos profissionais”, considerando assim a tomada de decisão “enquanto expressão da autonomia profissional.”

Neto (2010) menciona que um dos pressupostos da tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida passa pelo objetivo primordial dos cuidados paliativos, sendo ele o de prevenir e tratar adequadamente os sintomas indesejáveis, diminuindo assim o sofrimento do doente e não aumentando o mesmo, assente no respeito inquestionável pela vida humana. Acrescenta ainda o desenvolvimento de competências técnicas nas várias áreas de intervenção em que se apoiam os cuidados paliativos, assim como conhecimento e a integração dos princípios éticos no modelo de decisão e o trabalhar verdadeiramente em equipa interdisciplinar.

PERCURSO METODOLOGICO

Seguidamente, procede-se à descrição das principais etapas metodológicas que nortearam a elaboração desta revisão, sendo composta por seis etapas, Mendes *et al.*, (2008).

Neste sentido, definiu-se o objetivo, com a elaboração da seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem dirigidas à família da pessoa em fim de vida, aquando da tomada de decisão de sedação paliativa?”

Posteriormente, recorreu-se à plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost- Research Databases, ao qual estão indexadas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde. Tendo sido selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL® WithFullText, a MEDLINE® WithFullText e a Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition.

Recorrendo-se às respetivas bases de dados, identificaram-se os descritores de pesquisa de acordo com as palavras-chave, da respetiva pergunta de investigação, sendo elas respetivamente: “fim de vida”, “sedação paliativa”, “família”, “intervenções de enfermagem” e “tomada de decisão”. Os termos foram transcritos para os descritores correspondentes a cada base de dados, já supra mencionadas, designadamente CINAHL Headings, MESH e SUBJECTS.

Da seleção destes termos conjugaram-se os operadores booleanos, de modo a encontrar a melhor evidência que respondesse à pergunta de partida, resultando a seguinte fórmula booleana: Nursing interventions OR Nurses attitudes OR Nurses OR Nursing OR Evidence-Based Nursing) AND (Family OR Caregivers OR Families) AND (Sedation OR Conscious Sedation OR Terminal sedation) AND (Decision making) AND (Palliative Care OR Terminal Ill OR Terminal Care).

A pesquisa efetuou-se no dia 5 de outubro de 2014. Identificaram-se os limitadores de pesquisa, considerando os artigos num universo temporal dos últimos 5 anos (entre o ano 2008 e outubro de 2014) e apenas os que se encontravam disponíveis em texto completo.

Definiram-se ainda os critérios de seleção e de exclusão. Assim, incluíram-se como critérios de inclusão as famílias de pessoas em fim de vida a quem se toma decisão de sedação paliativa; e pessoas em fim de vida a quem se toma a decisão de sedação paliativa. Como critérios de inclusão do tipo de intervenções, as que se identificassem como sendo intervenções de enfermagem; e, no tipo de resultados, a identificação das intervenções de enfermagem à família aquando da tomada de decisão de sedação paliativa à pessoa em fim de vida, excluindo famílias de pessoas que não estão em fim de vida, e pessoas em fim de vida a quem não se toma a decisão de sedação paliativa. Face às intervenções excluíram-se as de outro tipo de profissionais.

RESULTADOS OBTIDOS

Após selecionadas as bases de dados bibliográficas electrónicas; identificados os principais descritores de pesquisa, e de acordo com os termos da investigação; e de se associarem os operadores booleanos, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados mencionadas, aplicando os limitadores de pesquisa, tendo-se obtido 8 artigos na CINAHL® WithFullText, 6 artigos na MEDLINE® WithFullText, e 5 artigos na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition, perfazendo um total de 19 artigos. Dos 19 artigos selecionados, 4 eram repetidos, sendo que apenas 15 foram considerados potencialmente relevantes.

Dada a quantidade reduzida de artigos encontrados para este estudo, efetuou-se a leitura crítica do título dos 15 artigos, não se tendo excluído nenhum artigo. Após leitura do resumo, com base nos critérios de exclusão, excluíram-se 6 artigos, tendo ficado assim um total de 9 artigos incluídos na revisão integrativa da literatura.

De modo a facilitar a análise e interpretação dos resultados obtidos, esquematizaram-se os conteúdos em tabelas. Descreveram-se, na Tabela 1, as principais características dos estudos, e, na Tabela 2, as intervenções de enfermagem encontradas e agrupadas de acordo com os conceitos descritos no eixo da “Classificação das Ações” da CIPE® Versão 2, por ordem alfabética, e os possíveis focos a que se encontram associadas, na análise dos artigos selecionados.

Estudo	Título	Autores	Revista	Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	<i>Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance.</i>	Jimmy J. Arevalo; Judith A. Rietjens, Siebe J. Swart; Roberto S.G.M. Perez; A.Van Der Heide	International Journal of Nursing Studies	2013	Estudo de Corte Transversal- Estudo quantitativo.	Descrever a experiência dos enfermeiros na tomada de decisão e na realização da sedação paliativa contínua em doentes em fim de vida.	277 Enfermeiros que responderam e devolveram os questionários aplicados a uma população total de 576 enfermeiros de várias instituições da Holanda.
E2	<i>Terminal delirium.</i>	John Robinson	The Australian Journal of Cancer Nursing	2011	Dois estudos de caso.	Identificar os fatores causais que potenciam o delirium e analisar qual a gestão apropriada nas pessoas com delirium terminal.	2 Pessoas doentes com delirium terminal.
E3	<i>Palliative sedation: a focus group study on the experiences of relatives.</i>	Bruinsma, S.; Rietjens, J.; Van der Heide, A.	Journal Of Palliative Medicine	2013	Estudo qualitativo com recurso à entrevista.	Analisar as experiências dos familiares com sedação paliativa e conhecer a avaliação dos elementos positivos e negativos na sedação paliativa.	14 Familiares de doentes em fim de vida que receberam sedação paliativa até a morte na Holanda.
E4	<i>Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation.</i>	Venke Gran S.; Miller J.	International Journal Of Palliative Nursing	2008	Estudos Qualitativos-exploratório descritivo com recurso questionário.	Analisar se os enfermeiros noruegueses devem ou não ver a sedação paliativa profunda como um problema ético.	73 Enfermeiros com 3 condições de trabalho diferentes, na Noruega.
E5	<i>Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study.</i>	Anquinet L.; Raus K.; Sterckx S.; Smets T.; Deliens L.; Rietjens J.A.	Palliative Medicine	2013	Qualitativa, com recurso a entrevistas a grupos focais.	Analisar a percepção dos cuidadores profissionais relativamente às semelhanças e às diferenças entre a sedação contínua (até à morte) e a eutanásia.	21 Cuidadores profissionais: Após divisão de 4 grupos focais: 2 grupos de médicos com 4 elementos cada (8 médicos) e 2 grupos de enfermeiras (1 com 4 e outro com 9 elementos) (13 enfermeiras).
E6	<i>Continuous Deep Sedation Until Death in Nursing Home Residents with Dementia: A Case Series.</i>	Anquinet, Livia; Rietjens, Judith A.C.; Vandervoort, An; van der Steen, Jenny T.; Vander Stichele, Robert; Deliens, Luc; Van den Block, Lieve	Journal of the American Geriatrics Society	2013	Quantitativo e qualitativo: Estudo Epidemiológica retrospectivo completado com uma análise de série de casos.	Descrever as características do processo prévio de tomada de decisão para sedação paliativa profunda contínua até à morte dos residentes do lar de idosos que morrem com demência e analisar essa prática de acordo com as características que refletem as recomendações das diretrizes da sedação paliativa.	20 Idosos com demência: nos 69 lares de idosos analisados, 11 dos 117 idosos com demência morreram com sedação paliativa, assim como 9 dos 64 idosos com quadro de uma demência avançada.
E7	<i>Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses</i>	Brinkkemper T; Klinkenberg M.; Deliens L.; Eliel M.; Rietjens J.A.; Zuurmond W.W.; Perez R.S.	Journal Of Advanced Nursing	2011	Estudo quantitativo com uso de questionário.	Avaliar experiências de enfermeiros envolvidos em sedação paliativa em casa de pessoas doentes em fim de vida, após a introdução de uma prescrição médica para sedação paliativa.	201 Enfermeiros responderam ao questionário nacional enviado a 387 enfermeiros, na Holanda.
E8	<i>Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice.</i>	Bruce, Anne; Boston, Patricia	Journal of Advanced Nursing	2011	Revisão da literatura.	Discutir sobre o uso de sedação paliativa como resposta ao sofrimento existencial intratável (não responde ao tratamento).	Revisão de artigos publicados entre 1996 e Dezembro de 2009 (Não está identificado quantos artigos constituíram a amostra da revisão).
E9	<i>Developing policy, standard orders, and quality-assurance monitoring for palliative sedation therapy.</i>	Ghafoor, Virginia L.; Silus, Lauren S.	Jornal Americano de Saúde-System Pharmacy	2011	Revisão da literatura para pesquisa de diretrizes/ Guedelines.	Descrever o desenvolvimento de uma política que delineie consensos padronizados com base na evidência, quer na monitorização e na administração da terapêutica, na sedação paliativa.	4 Artigos científicos.

Tabela 1- Características dos estudos encontrados

Potenciais focos de enfermagem	“Ação”	Intervenções de Enfermagem
Angústia Comunicação Conforto Coping Luto Medo Processo de tomada de decisão Stress Sofrimento	Apoiar/ confortar	Apoiar a família (E1, E3, E4, E8) Apoiar no sofrimento da família (E2, E4, E8) Apoio emocional à família (E4, E8) Apoiar a família a desmistificar pensamentos e sentimentos sobre a sedação paliativa (E4) Ajudar a família na interpretação do sofrimento da pessoa doente em fim de vida (E4)
	Atender	Atender às necessidades complexas da família (E2, E3, E4, E8) Cuidar da família da pessoa doente em fim de vida (E1, E8) Acompanhar a família durante o processo de fim de vida (E3)
	Avaliar	Conhecer as necessidades da família (E3)
	Envolver	Envolver a família na tomada de decisão no início da sedação paliativa (E1, E3, E4, E6, E7) Envolver a família no cuidado ativo à pessoa doente em fim de vida (E1, E2, E4, E9)
	Escutar	Escutar a família, possibilitando momentos de esclarecimento de dúvidas (E3)
	Incentivar	Incorajar a família a expressar os seus sentimentos de amor no cuidar da pessoa doente em fim de vida (E4)
	Informar	Informar sobre o estado da pessoa doente em fim de vida (E2, E3, E4, E7, E8) Explicar informação de forma objetiva (E3, E7, E8) Informar sobre os sintomas na pessoa doente em fim de vida (E2, E4, E6) Informar a família sobre o que esperar no decorrer da sedação paliativa (E6, E7) Informar sobre o objetivo e os procedimentos no decorrer sedação paliativa (E7, E9) Informar as alterações no tratamento (E2) Informar os aspectos sobre o bem-estar da pessoa doente em fim de vida (E3) Explicar processo fisiopatológico da progressão da doença, e sintomas que vão imergir (E2) Informar e esclarecer a família quanto ao desejo da pessoa doente em fim de vida (E5) Informar e clarificar com a família o prognóstico da pessoa doente em fim de vida (E1) Informar e clarificar o momento de indicação de sedação paliativa (E1)
	Preparar	Preparar a família sobre o processo de morte (E2, E4)
	Promover	Promover ensino no cuidar da pessoa doente em fim de vida (E2, E4, E7, E9) Promover a comunicação entre a pessoa doente e sua família (E4, E7) Promover a aceitação da família para sedação paliativa (E2) Promover um ambiente confortável e sereno (E3) Promover o conforto da família (E4)

Tabela 2: Resultados obtidos da análise dos artigos selecionados

Seguidamente, procede-se à análise e discussão das intervenções de enfermagem identificadas nos artigos selecionados desta revisão integrativa.

DISCUSSÃO

As intervenções de enfermagem visam uma ação em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem, de modo a gerar um resultado de Enfermagem. Tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, na versão 2 descrita *pelo International Classification for Nursing Practice*, em 2010, “uma intervenção de Enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação” (CIPE, 2011, p.16).

Assim, enquadraram-se as intervenções de enfermagem de acordo com os conceitos definidos nos eixos da Classificação de Ação, e identificaram-se os principais focos de enfermagem onde podem imergir os diagnósticos de enfermagem onde essas intervenções

possam produzir um resultado de Enfermagem. Desse modo, importou agrupá-las de uma forma sistematizada, com vista a facilitar a análise e discussão dos resultados obtidos.

O cuidar em enfermagem da pessoa doente em fim de vida importa não só intervir na pessoa doente, mas também nos seus familiares que vivenciam também eles uma situação de crise e um processo de transição, a quem deve ser direcionado um processo intencional de apoio, comunicação e acompanhamento no processo de tomada de decisão para sedação paliativa até à morte do seu familiar (Cherny & Radbruch, 2009).

Dos resultados obtidos da leitura e análise dos artigos selecionados através de uma criteriosa componente metodológica, imergiram as principais intervenções de enfermagem que visam o cuidar da família aquando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa em fim de vida. Ou seja, intervir na mesma antes, durante e após a tomada de decisão para sedação paliativa, na medida em que é impensável intervir apenas no momento da tomada de decisão, pois as necessidades da família não se esgotam após essa decisão.

Assim sendo, ao nível da ação apoiar/ confortar, segundo Jimmy *et al.*, (2013) e Bruinsma *et al.*, (2013), as famílias necessitam de apoio. Por sua vez, VenkeGran & Miller (2008) e Bruce & Boston (2011), além do apoio, referem ser importante os enfermeiros intervirem ao nível do sofrimento da família. Na mesma linha, Robinson (2011) e Bruce & Boston (2011) referem o apoio ao nível emocional. Subscrevendo, igualmente, VenkeGran & Miller (2008), este último acrescenta também a necessidade de intervir desmistificando sobre a sedação paliativa, referindo ainda a necessidade de ajudar a família na interpretação do sofrimento da pessoa doente em fim de vida. Estas intervenções de enfermagem vão ao encontro do que Lawson (2011) afirma serem as intervenções necessárias no cuidar à família, onde reitera a importância do apoio psicossocial, e do apoio no final de vida, uma vez que é um momento extremamente angustiante para a família. Também Twycross (2001) considera o apoio à família como parte integrante dos cuidados paliativos. Já Pacheco (2014) vê o enfermeiro como o membro mais solicitado, relativamente ao esclarecimento de dúvidas e ao prestar apoio emocional à família.

Por sua vez, ao nível da ação atender, Robinson (2011), VenkeGran & Miller (2008), Bruce & Boston (2011) e Bruinsma *et al.*, (2013), mencionam a importância de atender às necessidades complexas da família. Este último autor diz ainda que o enfermeiro deve acompanhar a família durante o processo de fim de vida, devendo igualmente intervir. Segundo Jimmy *et al.*, (2013) e Bruce & Boston (2011), além do cuidado à pessoa doente, cuidar simultaneamente da sua família. Este cuidar, para Bruinsma *et al.* (2013), passa por conhecer as necessidades da mesma. Guarda *et al.*, (2010) vem reforçar as intervenções supramencionadas, pois este declara que os profissionais de saúde devem averiguar as necessidades reais dos familiares para poderem intervir. Pois, para Pereira (2010) só após a averiguação das dificuldades e necessidades da família é que se conseguem direcionar os cuidados indispensáveis à mesma.

De realçar as intervenções de enfermagem que mais presentes estiveram nos estudos, designadamente o envolver a família no cuidado ativo à pessoa doente em fim de vida. Esta inclusão leva a uma diminuição do *stress* por parte da família, ideia realçada pelos autores Jimmy *et al.*, (2013), Robinson (2011), Ghafoor & Silus (2011) e VenkeGran & Miller (2008). Este último

acrescenta a necessidade de envolver a família na tomada de decisão no início da sedação paliativa, tal como expõe Jimmy *et al.*, (2013), Anquinet *et al.*, (2013), Brinkkemper *et al.*, (2011) e Bruinsma *et al.*, (2013). Alertando ainda, este último, para a necessidade de o enfermeiro intervir ao nível da escuta à família, possibilitando momentos de esclarecimento de dúvidas. Quanto ao envolvimento da família na tomada de decisão para sedação paliativa são vários os autores e os estudos que o defendem, designadamente Cherny & Radbruch (2009); Nogueira *et al.*, (2012); e Swart *et al.*, (2014). Pereira (2010) defende a inclusão dos familiares nos cuidados à pessoa doente em fim de vida, bem como que esta inclusão deverá compreender o esclarecimento de eventuais questões que a família possa ter, facultando-lhes informações que considera ser de importância maior, e apoiando no que as famílias consideram ter mais dificuldade.

Relativamente às intervenções que visam o informar, pode-se constatar como sendo o campo de atuação maior, na medida em que são diferentes os níveis de intervenção. Contudo, segundo alguns autores, visam os mesmos objetivos, sendo a diminuição do stress, do sofrimento e da angústia da família os principais. Deste modo, para Bruinsma *et al.*, (2013); VenkeGran & Miller (2008); Brinkkemper *et al.*, (2011); Bruce & Boston (2011) e Robinson (2011), o enfermeiro deve intervir informando sobre o estado da pessoa doente em fim de vida. Este último acrescenta ainda a necessidade de explicar o processo fisiopatológico da progressão da doença e sintomas que vão emergir, assim como informar relativamente às alterações no tratamento e sobre os sintomas que podem surgir na pessoa doente em fim de vida. Estas intervenções ajudam as famílias a interpretar o sofrimento da pessoa e capacita-as para o cuidado à mesma. Quanto a esta última intervenção, a de informar a família relativamente aos sintomas, também VenkeGran & Miller (2008); Anquinet (2013) a evidenciam. Quanto a estas intervenções, Cherny & Radbruch (2009) e Nogueira *et al.*, (2012) são exímios ao assegurar que os enfermeiros devem fornecer informações atualizadas e regulares, face toda a situação clínica da pessoa, bem como a mudanças que possam advir relativamente ao plano terapêutico.

Por sua vez, Bruinsma *et al.*, (2013) alude à necessidade da família ter acesso a informação, face a aspetos sobre o bem-estar da pessoa doente, e da necessidade da informação ser partilhada de uma forma mais objetiva, corroborando igualmente sobre esta intervenção Bruce & Boston (2011) e Brinkkemper *et al.*, (2011). Este, tal como Anquinet *et al.*, (2013), acrescenta a necessidade de informar a família sobre o que esperar no decorrer da sedação paliativa. Ainda, Brinkkemper *et al.*, (2011) e Ghafoor & Silus (2011) reiteram a necessidade de informar sobre o objetivo e os procedimentos no decorrer da sedação paliativa, havendo igualmente a indispensabilidade de clarificar o momento de indicação de sedação paliativa, bem como informar face ao prognóstico da pessoa. Anquinet *et al.*, (2013) menciona ainda que o enfermeiro deve informar e esclarecer a família quanto ao desejo da pessoa doente em fim de vida.

De referir que Robinson (2011) e VenkeGran & Miller (2008) defendem a necessidade dos enfermeiros prepararem a família sobre o processo de morte. Este último adianta ainda que se deve encorajar a família a expressar os seus sentimentos de amor no cuidar da pessoa doente em fim de vida (através do toque, do segurar a mão, falar normalmente como quando a pessoa estava consciente). Também, Cherny & Radbruch (2009) consideram que todas as condições devem

estar preparadas para o momento da morte, sendo que é importante que os enfermeiros intervenham na família, preparando-a para o momento da morte, informando-a do que esperar neste processo, permitindo ainda a oportunidade de esta expressar toda a sua tristeza.

Por último, mas não menos importante, quanto à ação promover, esta engloba uma série de intervenções. Robinson (2011) relata a necessidade de intervir na promoção da aceitação da família para sedação paliativa, acrescentando ainda, tal como refere Ghafoor & Silus (2011); VenkeGran & Miller (2008) e Brinkkemper *et al.*, (2011), a necessidade da promoção do ensino no cuidar da pessoa, bem como a necessidade de promover a comunicação entre a pessoa doente e sua família. VenkeGran & Miller (2008), acrescenta a importância de se intervir na promoção do conforto da família; e Bruinsma *et al.*, (2013) defende, igualmente a promoção de um ambiente confortável e sereno à mesma.

CONCLUSÕES

Da análise dos estudos resultantes desta revisão integrativa da literatura considera-se que existe pouca pesquisa sobre as intervenções de enfermagem direccionadas à família da pessoa em fim de vida, aquando da tomada de decisão de sedação paliativa. A tomada de decisão para sedação paliativa encontra-se mais escrutinada nos países onde está legalizada a eutanásia e principalmente na Holanda.

Das intervenções de enfermagem identificadas nesta revisão, no cuidar da família aquando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa em fim de vida, visaram o informar sobre o estado da pessoa em fim de vida, envolvendo-a na tomada de decisão no início da sedação paliativa e no cuidado ativo à pessoa em fim de vida promovendo o ensino no cuidar e ainda no atendimento das necessidades complexas da família, apoiando-a sempre neste processo.

Constata-se que emerge a necessidade de desenvolver mais estudos, por parte dos enfermeiros, sobre o conhecimento das necessidades reais das famílias que atravessam estes processos complexos de cuidado aos seus familiares em fim de vida. Neste sentido conhecendo e intervindo nas principais necessidades sentidas pela pessoa em fim de vida e sua família, que carecem de uma intervenção de enfermagem refletida de forma sistémica e sistemática, garantidamente extrair-se-ão verdadeiros ganhos para a saúde, não só apenas na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, mas também na prevenção da ocorrência de lutos patológicos, promovendo, cuidados de enfermagem que visam a excelência do exercício profissional.

Reconhece-se que na realização deste trabalho não existiram conflitos de interesse.

Clarifica-se ainda que ao longo do seu desenvolvimento se procedeu à identificação dos autores utilizados no suporte científico do trabalho, procedendo à sua referenciação como forma de fazer jus à propriedade intelectual dos mesmos.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo, irei incidir inicialmente no meu estágio creditado e, posteriormente, relativamente ao percurso efetuado ao longo dos dois estágios que foram planeados tendo em consideração o desenvolvimento de atividades que me permitiram alcançar objetivos, adquirir e desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), enunciadas pelo guia de estágio da Universidade Católica Portuguesa (2014).

A competência baseia-se na ligação entre conhecimento e ação, tendo por base a mobilização de recursos. Dai que o caminho da competência não é mais que o aperfeiçoamento profissional. Nunes (2011, p.74) refere que “a competência materializa o poder enquanto capacidade para responder adequadamente às situações concretas”.

Competência profissional está diretamente relacionada com as vivências de cada um e estas vão sendo modificadas pela própria experiência. Daí assumir características multidimensionais, pois é com base na formação e no desenvolvimento de instrumentos e habilidades que integrados nos padrões da lei e da moral, convergem numa prática competente. Na enfermagem a competência profissional engloba competências de ordem técnica e não técnica, onde se incluem as virtudes e os valores de cada um, onde o seu agir se desenvolve e complementa numa dinâmica construtiva com o outro, pois este ainda que pertencente a uma instituição social, é portador de toda uma dimensão ética, inserido no domínio da moral. Concretiza Nunes (2013, p.8) que qualquer competência pode ser determinada como detentora de três componentes fundamentais, “conhecimento, atitudes e habilidades”.

Atendendo que o enfermeiro especialista deve ser detentor de um conjunto de competências que lhe permitam cuidar de forma especializada, cuidar esse que resulta de uma relação interpessoal, concretizando-se numa parceria de cuidados, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu contributo, tornando a pessoa proactiva, tal como nos ressalva os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nesse sentido ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, como refere no Artigo n.º 7 do EOE.

De referir a importância de identificar as competências já adquiridas através da explanação do meu estágio creditado, nomeadamente o Módulo II - Cuidados Intensivos/ Intermédios, bem como as necessidades de aprendizagem, que se materializaram na consolidação e aquisição de novas competências, nos estágios correspondentes.

A complexidade das situações clínicas apela aos profissionais de enfermagem para serem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão (Botelho, 2010). Tendo em conta que a evidência científica deve encontrar-se na base do processo da tomada de decisão, considera-se importante, para a concretização de todos os objetivos, a existência de uma base sólida na melhor evidência disponível, de forma a podermos fundamentar a nossa aprendizagem, bem como a nossa prática de cuidados. A utilidade desta atividade encontra-se estreitamente ligada à Prática Baseada na Evidência (PBE), sendo esta fundamental para a prática de cuidados de qualidade. Esta pode ser entendida como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p.10).

Neste sentido, verifica-se a necessidade da aquisição de competências, por parte dos enfermeiros, no sentido de utilizarem na sua prática uma abordagem baseada na evidência, capacitando estes para a colocação de questões concretas e objetivas, de como e quando devem mudar a sua prática, recorrendo a bases fidedignas para argumentar as suas decisões, avaliando ainda a sua prática (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

Pode-se encarar a PBE como sendo um instrumento fundamental para a tomada de decisão, que o enfermeiro especialista tem ao seu dispor para melhorar a qualidade dos cuidados. Para que a aprendizagem se consolide é necessário reabilitar a intuição e a inteligência, através da consolidação de saberes científicos e reintegração dos mesmos na competência profissional (Serrano *et al.*, 2011). Nesse sentido, consulte e estudei bibliografia de referência, antes do início do estágio, no sentido de oferecer uma resposta mais adequada aos desafios que poderia encontrar.

No processo de tomada de decisão em enfermagem, que norteia o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática na qual a PBE constitui um instrumento valioso para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

O recurso a esta prática encontra-se relacionado com a prática reflexiva, Deodato (2008) considera que, esta última, se encontra associada a aprendizagem construtivista, neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser um profissional que, para a sua tomada de decisão, deve ter sentido crítico, tendo por base a melhor evidência científica e recorrendo à fundamentação teórica de enfermagem, de modo a fundamentar a sua prática.

Deste modo segundo Tomey & Alligood (2004) uma teoria de enfermagem conduz o pensamento e a ação da prática de enfermagem, fixado num grupo de conceitos relacionados que provem dos modelos de enfermagem.

Para uma compreensão mais exata do que é uma teoria é importante compreender quais os metaparadigmas que descrevem o conhecimento mais abstrato duma disciplina, como menciona Fawcett (2005) são os conceitos globais que conferem identidade ao fenómeno como sendo o interesse central da disciplina. A disciplina de Enfermagem assenta em quatro metaparadigmas basilares, nomeadamente a *saúde*, a *pessoa*, o *ambiente* e os *cuidados de enfermagem*,

encontrando-se estes definidos pela Ordem Dos Enfermeiros (2002) no seu enquadramento conceptual, tal como Meleis (2010) na sua teoria, definindo a saúde como sendo, a percepção de bem-estar e capacidade de assumir novos papéis, a Pessoa como o *cliente* em todo o seu ciclo de vida (famílias e comunidades) sendo o objeto de ação das intervenções de enfermagem, o ambiente como meio de interação e relação entre o enfermeiro e a Pessoa e por último os Cuidados de Enfermagem como as ações dos enfermeiros no apoio e suporte do processo transacional.

Meleis (2010) refere que a pessoa no seu ciclo de vida experiencia quatro tipos de transições, designadamente as de natureza desenvolvimental, as de Saúde/ doença (onde incide mais a atuação do enfermeiro), as de natureza situacional e organizacional. Quanto a estas o enfermeiro também é determinante na adaptação da pessoa à sua situação de doença e na redefinição de papéis por parte da família, exigindo muitas vezes uma reestruturação familiar. Refere ainda que quanto ao padrão, estas podem ser simples ou múltiplas, podem ser simultâneas ou sequenciais, ou podem estar relacionadas ou não de acordo com a natureza destas, pois a Pessoa pode experimentar várias transições de diferentes tipos, sendo importante a abordagem holística da pessoa, uma vez que as transições decorrem de um processo complexo.

No período transacional a pessoa atravessa alguns estadios como sendo a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença de identidade e de habilidades, a temporalidade e os pontos e eventos críticos que caracteriza o fim do processo. Contudo ao longo deste percurso a pessoa é confrontada com condicionantes que podem facilitar ou a inibir o processo transacional, associada à imagem que a pessoa tem de Si, a posição que ocupa na sua comunidade e sociedade onde se insere e interage e o facto de já ter passado por transições similares é também uma condicionante do processo de transição (Meleis, 2010).

Shumacher & Meleis (1994) in Aligood & Tomey (2010) consideram que o enfermeiro assume relevante importância de intervenção terapêutica no processo de transição. Inicialmente, na avaliação e compreensão holística da pessoa, de modo a identificar quais os tipos e padrões de transições que a pessoa está a passar. Em segundo, a preparação para a transição, assegurando a criação de condições ideais para a transição e por último no apoio e suporte no processo de desenvolvimento de novos papéis, em que o enfermeiro ensina, instrui e apoia a pessoa na construção e desenvolvimento da transição. Importa aos enfermeiros avaliarem os padrões de respostas avaliando as condições da pessoa no final da transição, como lida com a nova identidade, a confiança que demonstra e as estratégias de adaptação desenvolvidas. Outros são os indicadores de resultados que se caracterizam na avaliação do domínio das capacidades e habilidades adquiridas e da forma como a pessoa se sente com a sua nova identidade, contribuindo numa transição saudável que traduza em ganhos na saúde.

Fundamentei o meu percurso de aquisição de competências segundo o modelo teórico de Patrícia Benner (2001). Onde explicito o meu aperfeiçoamento como enfermeira, na qual Benner (2001) baseia a sua teoria no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências, este assenta no estudo de uma situação prática, na situação e determina o nível da prática evidenciada na situação concreta, elucidando-se deste modo os pontos fortes. A aquisição de competências

baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre bases pedagógicas coesas.

O modelo de Dreyfus estabelece que na aquisição e desenvolvimento de competências o estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo da aquisição de competências. Ou seja, o primeiro nível é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização; o segundo nível corresponde à modificação da forma como o estudante apreende a situação, deixa de ver a situação de uma forma fragmentada, e passa a encará-la no seu todo, objetivando apenas o importante; e o terceiro nível, é a passagem de simples observador desligado a executante envolvido, encontrando-se já totalmente empenhado na situação concreta (Benner, 2001).

Segundo Hesbeen (2000, p.106E), se o enfermeiro se sentir obrigado “a praticar a sua arte com referindo-se a uma única teoria ou modelo pré-estabelecido, já não será arte.” Concordando com o supramencionado, uma vez que cuidar implica um vasto leque de conhecimentos e experiências, o mesmo se constata ao nível das teorias de enfermagem, sendo que nenhuma teoria de enfermagem por si só fundamenta os cuidados de enfermagem na sua plenitude, pelo que se recorrerá sempre que se achar necessário a outros autores.

2.1- MÓDULO II- CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS (CREDITADO)

Relativamente ao Módulo II: Cuidados Intensivos/ Intermédios, este foi-me creditado com base no Artigo n.º 45 do Decreto – Lei n.º 74/ 2006 de 24 de março, que visa o prosseguimento de estudos para a obtenção de grau académico ou diploma, aos estabelecimentos de ensino superior, de acordo com a alínea c) reconhecem através da atribuição de créditos, a experiência profissional e a formação pós-secundária.

O serviço de Cirurgia Cardiorácica é composto por um bloco operatório, uma unidade de cuidados intensivos com lotação de nove camas, três unidades de isolamentos com respetiva adufa (que se destinam a doentes submetidos a transplante pulmonar e cardíaco) e uma unidade de cuidados intensivos pediátrica com capacidade para cinco camas. Faz ainda parte deste serviço uma unidade de cuidados intermédios e uma enfermaria.

Na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a unidade de cada cliente é constituída por uma cama hidráulica/ elétrica, uma estrutura de suporte suspensa dividida em dois compartimentos, um sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, rampa de gases e aspiração por vácuo, bombas e seringas perfusoras, gavetas para arrumação de material indispensável, diversas tomadas de corrente e um ventilador.

Na UCI presto cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, nomeadamente, pessoas submetidas a cirurgias cardíacas e torácicas, sendo que as mais frequentes, ao nível da Cirurgia Cardíaca, foram os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia valvular, coronária e da aorta torácica; e, ao nível da Cirurgia Torácica, foram os

cuidados de enfermagem ao cliente submetido a vídeo-toracoscopias para descorticação e pleurodese, a lobectomias e pneumectomias, biopsias pulmonares, exérese de tumores pulmonares e mediastinoscopias.

Desenvolvi ainda cuidados de enfermagem próprios dos clientes submetidos a transplante cardíaco e pulmonar. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem a clientes submetidos a transplante pulmonar, permitiram-me desenvolver competências específicas e complexas uma vez que se trata de um grupo próprio que carece de cuidados particulares e em que atualização de conhecimentos tem grande relevância nos resultados esperados para este grupo de clientes que está em franco crescimento, tendo-se já realizado mais de cem transplantes desde 2002. Realizam-se uma média de seis cirurgias programadas (nos dias úteis) sendo que o número acresce quando realizam cirurgias torácicas, havendo dias específicos para a realização das mesmas (contudo o número de cirurgias é variável consoante o número de vagas que a UCI apresenta). Além destas, também se realizam cirurgias não-programadas, como no caso dos transplantes (coração e pulmão), de acordo com a disponibilidade dos órgãos a transplantar, seguindo um conjunto de etapas legalmente definidas.

A equipa de enfermagem é composta por 5 equipas com 13 elementos cada, todos com contrato a tempo indeterminado. O método de trabalho preconizado é o individual que, segundo Costa (2004), significa que a totalidade dos cuidados prestados a um ou mais clientes (dependendo do rácio) é da responsabilidade de um enfermeiro em particular, sendo este o que avalia e coordena os cuidados.

O rácio na unidade é de um enfermeiro para dois clientes, ao passo que na unidade de isolamento é apenas um cliente por enfermeiro.

A UCI caracteriza-se pela prestação de cuidados a clientes em estado crítico o que pressupõe a existência de meios de monitorização, diagnóstico e tratamento de situações fisiopatológicas que apresentam risco ou mesmo falência de um ou mais órgãos vitais, contudo potencialmente reversíveis (Ministério da Saúde, 2003).

Apesar de todo o equipamento e meios técnicos de que dispõe e ser considerado o local mais adequado para a prestação de cuidados a este tipo de clientes, ainda é encarado como sendo um ambiente extremamente agressivo e hostil, não só para o cliente, mas também para a sua família, pois a ideia e o medo da morte, encontra-se bastante patente, ao longo de todo o internamento.

Uma vez que permaneço junto do cliente ao longo de todo turno, consigo de alguma forma ir contrariando esse pensamento quer ao cliente, quer à sua família, pois o facto de demonstrar disponibilidade para ambos, nomeadamente face ao esclarecimento de dúvidas e partilha de informação constante reduz significativamente a ansiedade por eles vivenciada. De acordo com Roque *et al.*, (2013), muito do *stress* e ansiedade dos familiares durante a visita podem ser reduzidos com intervenções de enfermagem, uma vez que o recurso a uma comunicação adequada, honesta e uniforme é sem dúvida importante para atenuar e mesmo evitar a ansiedade manifestada por ambos.

Meleis (2010) com a sua teoria, contribuiu de forma significativa para expor o contributo da Enfermagem no cuidar à pessoa em situação crítica e sua família, uma vez que estes vivenciam situações de transição, ainda que transições diferentes, saúde/ doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional, o propósito da Enfermagem, é o mesmo, apoiar de modo a efetuarem transições saudáveis, no decurso da doença e do internamento, e a se adaptarem à nova condição de vida e não se focarem apenas na doença e acrescenta que o meio na qual a pessoa se insere pode ser facilitador ou dificultador da transição.

Demonstrando consciência crítica para os problemas da prática, denoto que tanto o cliente, como a sua família detêm expectativas bastante altas quanto à atuação da equipa de enfermagem, não só ao nível técnico-científico, mas também ao nível relacional, pois esperam deste, além de um profundo conhecimento face a todo o desenrolar do pós-operatório em questão, também um domínio comunicacional irrepreensível, pois a sociedade está cada vez mais atualizada e exigente, o que exige de nós mesmos uma atualização e um aperfeiçoamento constante, como já foi referido. Somente desta forma conseguiremos evoluir enquanto pessoas e enquanto profissionais competentes. Caminhar no sentido da excelência dos cuidados é também um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, tal como consagra a alínea c), do n.º3 do Artigo 78.º do CDE.

Na UCI **desenvolvo uma metodologia de trabalho eficaz e avalio a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas**, prestando cuidados de enfermagem diferenciados ao cliente em situação crítica e sua família, elaborando uma avaliação inicial, planificando os cuidados de enfermagem de acordo com os respetivos diagnósticos de enfermagem, traçando posteriormente as intervenções de enfermagem respetivas, de modo a dar resposta aos problemas inicialmente identificados e traçando metas com resultados válidos, avaliando continuamente a sua eficácia, e reformulando as mesmas sempre que a situação assim o exija, tal como preconiza o Artigo 5.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

A implementação desta metodologia científica de trabalho permite, além da estruturação mental das intervenções a desenvolver, igualmente uma gestão mais adequada das prioridades, onde se vê respeitado o direito do cliente ao cuidado, em tempo útil, evitando atrasos no diagnóstico e na implementação do respetivo tratamento, como reitera a alínea a) do Artigo 83.º do CDE.

Procedo ainda ao registo dos respetivos cuidados de enfermagem programados e implementados. Realço a importância dos registos de enfermagem que se revelam como um meio de comunicação entre os diferentes elementos da equipa envolvidos na prestação de cuidados de enfermagem, facilitando a coordenação e a continuidade dos cuidados, permitindo objetivar face à qualidade e eficiência dos mesmos. Estes são realizados de uma forma clara, precisa, concisa e objetiva, em folha própria existente na unidade, e ainda em suporte informático, com padronização da linguagem CIPE[®] onde se planifica todo o processo científico de enfermagem, nomeadamente no aplicativo SClínico[®]. Ao registarmos ativamente sobre os casos mais complexos que ocorrem no decurso da prestação de cuidados de enfermagem, onde se evidenciam os pontos fortes e

menos fortes, auxilia a que o enfermeiro aumente a sua aprendizagem experiencial, e o seu auto desenvolvimento (Benner, 2001).

Doengues & Moorhouse (2010) consideram que os diagnósticos de enfermagem tem por base a identificação das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais da pessoa, referindo ainda que estes tendem a mudar ao longo da situação de adaptação ou não, do processo de doença ou da resolução da mesma. Refere Deodato (2008) que os atos profissionais dos enfermeiros resultam do processo de tomada de decisão com base num raciocínio crítico, alicerçado em premissas de ordem científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.

Mantive de uma forma contínua e autónoma o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando ainda um nível aprofundado de conhecimentos, dada a necessidade em aprofundar e cimentar determinadas áreas do conhecimento, pois trabalhar numa UCI exige que se intua determinadas situações, antes que elas se instalem, o que só se consegue com um domínio técnico e científico. Tal como nos refere Benner (2001), consideram-se os profissionais de saúde como os responsáveis por uma prática segura e como sendo estes detentores de conhecimentos técnico-científicos atualizados. Neste sentido, realizei inicialmente o curso de “Eletrocardiografia para Enfermeiros”, e “Suporte Imediato de Vida”, posteriormente efetuei uma Pós-Graduação em Cuidados Intensivos, integrada na mesma os respetivos cursos, “TNCC” (Trauma Nursing Core Course) da ENA – Emergency Nurses Association / Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência, “ACLS” (Curso Avançado de Emergências Cardiovasculares), incluído no Programa de Formação em Suporte Avançado de Vida da ENFARTE da American Heart Association (AHA), “Hemofiltração” e “Nutrição em Cuidados Intensivos”. Foi importante ainda assistir à sessão de formação, com a finalidade de melhoria de segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, assistindo ao 6º Simpósio de Enfermagem: Segurança do Medicamento (ANEXO 1). Considero que tanto a formação, como o tempo de experiência profissional se revelaram preponderantes na **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, permitindo-me igualmente **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família**.

Ao nível da equipa de enfermagem existe um ambiente bastante saudável e dinâmico. Apesar de o método de trabalho implementado envolver uma abordagem individual, existe bastante colaboração, não se limitando a situações de urgência e/ou emergência. O facto de existir uma passagem de turno referente a todos os clientes, ainda que de uma forma global e sucinta, permite que toda a equipa, possua uma ideia geral de todos os clientes presentes, permitindo assim a prestação de cuidados de enfermagem mais efetivos e seguros, minimizando o risco de eventos adversos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), relativamente à “Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente”, refere que no desenvolvimento das intervenções de enfermagem junto do cliente, se verifica um determinado nível de risco, sendo que este pode ser minimizado com recurso à comunicação, à relação interpessoal, e aos aspetos processuais e técnicos do exercício. Definindo ainda “evento adverso” como sendo um dano ou prejuízo causado pela gestão da própria doença, ou condição de um cliente, pelos profissionais de saúde.

Individualmente, existe uma passagem de turno mais pormenorizada, onde passo toda a informação ao colega, de forma pedagógica e o mais fidedigna possível, visando a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Desta forma vou **gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, refletindo ainda na e sobre prática, de forma crítica.**

Aludindo à alínea b) do Artigo 91º do CDE, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”, mais uma vez se reforça que os cuidados de saúde têm por base a multidisciplinaridade, dando ênfase neste caso concreto à nossa articulação com a equipa médica, e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, técnicos de radiologia, dietistas, psicólogos), que é uma constante, e onde a opinião da equipa de enfermagem tem, igualmente, uma voz ativa, uma vez que o plano terapêutico do cliente é muitas vezes discutido connosco.

Nesse sentido, tenho procurado **produzir um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo, trabalhando de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.** Tenho procurado respeitar o que preconiza a alínea c) do mesmo Artigo 91º, em que estabelece que o enfermeiro assume o dever de “integrar a equipa de saúde, colaborando, com responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.” De evidenciar a **coordenação e supervisão** dos assistentes operacionais, sendo igualmente uma das minhas intervenções, no sentido do cumprimento das funções dos mesmos.

Participo ainda na integração de novos colegas, dando-lhes a conhecer toda a dinâmica orgânico-funcional do serviço, assim como protocolos e técnicas em vigor, **propiciando momentos de análise, reflexão**, apoio e acompanhamento, visando o desenvolvimento de determinadas competências técnico-científicas, tendo como alvo a qualidade e a humanização dos cuidados. **Oriento alunos do curso de Licenciatura e Especialidade**, nomeadamente na área da pediatria, igualmente em contexto de UCI. **Lidero pontualmente a equipa de enfermagem**, ficando como responsável de turno, **distribuindo a equipa de enfermagem pelos clientes** existentes na UCI, **efetuando a gestão dos cuidados**, e auxílio os mesmos na prestação de cuidados, **exercendo supervisão do exercício profissional**, ficando ainda responsável pela prestação de cuidados aos clientes que me são igualmente distribuído, **zelando pelos cuidados prestados**. Fico responsável pela **análise e resolução de problemas de complexidade maior que possam ocorrer, de uma forma autónoma, sistemática e crítica**, assumindo ainda a **responsabilidade pelas decisões tomadas**.

Na UCI a minha prestação de cuidados passa também pelo estabelecimento de uma relação interpessoal e terapêutica com o cliente e sua família, visando a humanização do cuidar em enfermagem, respeitando a dignidade da pessoa humana, sendo uma preocupação a promoção de um ambiente calmo, minimizando o ruído, de modo a promover o descanso e o conforto do cliente. Uma vez que a promoção do conforto é uma de tantas outras intervenções cruciais ao cuidar do cliente, exigindo uma atenção multifocal, assente na singularidade e na

particularidade de cada situação, baseando-se numa filosofia de compromisso moral e de respeito pela dignidade do mesmo (Sousa, 2014).

Dada a unidade ser *open space*, esta apresenta vantagens e desvantagens, por um lado consegue-se ter uma perceção de todos os clientes, que se revela uma mais-valia em situações de emergência, uma vez que a deterioração do cliente é detetada por toda a equipa presente na unidade, contudo não se consegue disfarçar determinadas situações, e por muito que tentemos, o cliente acaba por perceber de alguma forma situações menos boas, seja pelo tom de voz, seja pela movimentação que se instala. Nestas situações sem dúvida que disponibilizar alguns minutos para reduzir a ansiedade dos mesmos, explicando a situação, revela-se imprescindível na humanização do cuidar, **tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**. Meleis (2010) considera que as intervenções de enfermagem devem facilitar o processo de adaptação à doença, acrescentando ainda que quando se identificam, no cliente, os fatores que indicam a causa do seu “desequilíbrio,” isso possibilita uma prestação de cuidados mais específicos, mais direcionados, dotados de maior sensibilização e consciencialização. Comunicar enquanto arte profissional, exige que se aprenda, analise, treine e adapte ao contexto em questão. Assim, o enfermeiro deve recorrer a essa arte no seu dia-a-dia, não como mais um instrumento terapêutico, mas antes como uma atitude terapêutica (Rabiais, 2003).

Nesta conformidade, a comunicação assume uma posição decisiva para o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente e sua família. Nesse sentido, o desenvolvimento da mesma constituiu-se como um dos meus objetivos a alcançar nos estágios por onde passei. Em contexto de UCI existem alguns obstáculos à comunicação, nomeadamente com o doente ventilado. No entanto, dado já depreender quais as necessidades imediatas que os clientes vão preferindo e, de alguma forma, ir conseguindo ler nos lábios dos mesmos, torna mais fácil este processo. Contudo, quando é de todo impercetível recorro a instrumentos que existem na unidade, nomeadamente quadros com imagens, com letras em que torna possível a comunicação, **tomando, deste modo, iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas**. Os familiares recorrem muitas vezes à nossa ajuda para comunicar com o cliente. Ao longo da minha prática profissional considero **evidenciar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, relacionando-me com os mesmos de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**.

A família não está preparada para o primeiro contacto com o seu familiar, pois a imagem que possuem do mesmo não é certamente a que vão encontrar. Daí a preparação da mesma para a primeira visita, explicando todo o equipamento que vão encontrar, pois dada a necessidade de monitorização rigorosa e, muitas vezes, de substituição de um órgão vital, por exemplo o coração, transfigura de alguma forma a imagem que possuem do seu familiar, e é sempre um choque o primeiro impacto, que é maior se não existir um conhecimento e uma preparação prévia. Desta forma, é efetuado o acolhimento da família, onde a informação dada aos familiares tem sempre em conta o seu nível sociocultural, o estado emocional dos mesmos, bem como a gravidade do

cliente. A informação visa esclarecer e tranquilizar de alguma forma, mantendo-os o mais possível a par da situação, e ajudando-os de algum modo a consciencializarem-se da situação concreta.

A família pode ser entendida como o espaço, onde se nasce, cresce e se desenvolve a vida, sendo considerada a célula vital da sociedade (Rabiais, 2003). A ansiedade e o *stress* dos familiares são encaradas por nós como uma manifestação natural, pelo que a transmissão de informação correta, clara e objetiva contribui para a diminuição da mesma. De notar ainda a preocupação, por parte dos elementos da equipa, para a necessidade da uniformização da informação a transmitir aos familiares e ao cliente, de modo a que esta não seja pouco precisa, dúbia, evitando assim discordâncias. Na linha do que está consagrado no CDE, no Artigo 84.º “ Do dever de informação”.

Ao nível técnico, presto cuidados de enfermagem de grande complexidade: ao cliente em situação crítica na realização de procedimentos complexos e invasivos, nomeadamente a clientes com ventilação mecânica invasiva (com recurso a óxido nítrico) e ventilação não invasiva; com técnicas de substituição renal (hemodiálise, hemodiafiltração, e diálise peritoneal); clientes sob assistência mecânica cardiopulmonar ECMO® (Oxigenação Extracorporal por Membrana); sob assistência cardíaca (Berlin Heart®, Thoratec®, e Balão Intra-Aórtico). Colaboro ainda na realização de técnicas invasivas, tais como traqueostomias, entubação endotraqueal, broncofibroscopias, toracocenteses, ecocardiograma transesofágico, colocação de drenos torácicos, de balões intra-aórticos, esternotomias de urgência, colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, cateteres swan-ganz, cateteres de hemodiálise e de dialise peritoneal.

Demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, as minhas intervenções de enfermagem visam a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, uma vez que este é um problema do âmbito universal, sendo um dos maiores riscos que a pessoa corre, decorrente do internamento. Verificando-se um impacto maior ao nível das UCI, devido à monitorização invasiva, ao recurso dos antibióticos e à existência de pessoas mais imunodeprimidas. De acordo com Dias (2010) a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é considerado um requisito fundamental no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Saliento ainda a necessidade de transportar o cliente em situação crítica quer para serviços intra-hospitalares e extra-hospitalares, por necessidade de um nível de assistência superior, ou apenas para realizar exames complementares de diagnóstico (por exemplo), que é igualmente um procedimento que carece de uma intervenção de enfermagem especializada, pois a estabilidade hemodinâmica da pessoa pode alterar-se rapidamente nesse processo, sendo que todo o planeamento deve ser meticulosamente preparado e calculado, de forma a **reagir perante situações imprevistas e complexas, e estar o mais capacitada para atuar em conformidade com o preconizado**, de modo a evitar complicações.

Neste sentido torna-se prioritário refletir e ponderar o risco/ benefício, que o transporte acarreta, devendo ser uma decisão tomada em equipa. De acordo com Rua *et al.* (2008) o transporte compreende as fases de decisão, planeamento e efetivação. É certo que a decisão do transporte é um ato médico, no entanto, o planeamento é uma ação conjunta, encontrando-se o

enfermeiro igualmente responsável pela mesma, a este compete a certificação da estabilidade do cliente, assim como a responsabilidade em reunir todo o material necessário e de acautelar estratégias no sentido de possíveis intercorrências, no decurso do transporte. Deste modo deve ter-se em consideração a comunicação (existência de um contacto prévio com o serviço para a qual o cliente será transferido), a estabilidade (se o cliente se encontra suficientemente estável para a realização do transporte e se o mesmo não compromete a vida deste), a equipa (profissionais com competências e experiência), o equipamento (todo o material deve ser devidamente preparado e acautelado, tendo em consideração o tipo de cliente a transportar), transporte (adequar o meio de transporte mais adequado) e documentação (reunida toda a informação respeitante ao cliente).

Consentindo com Benner (2001), a experiência permite tomar decisões rápidas e fundamentadas, a enfermeira perita age a maior parte das vezes por intuição, aspeto difícil se não mesmo impossível de aprender, ou ensinar de uma forma conceptual. Deste modo, o profissional deve sempre depender da componente prática para incrementar conhecimentos clínicos, resolvendo igualmente problemas aos quais a componente teórica nem sempre considera.

Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fui o elemento dinamizador do grupo de trabalho da Dor, de 2009 a 2012, inserido no âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, “Dor 5.º sinal vital”, promovendo a avaliação e registo sistemático da dor, através da **comunicação de aspetos complexos** e elaboração de orientações/ instruções de trabalho fundamentadas em procedimentos institucionais, e **desenvolvendo posteriormente auditorias**, tendo em vista a **monitorização das estratégias implementadas pelo grupo e identificação de novas ações** que visem o melhor controlo da dor dos clientes. **Participei ainda em eventos científicos promovendo a investigação em serviço**, tal como o **desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**. Neste sentido, depreendo que **identifiquei as necessidades formativas**, colmatando as mesmas, **desenvolvendo a formação em serviço** como supramencionado. Considero **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, incorporando na prática os resultados da investigação, comunicando os resultados da prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas**.

Depreende-se do exposto que o enfermeiro, uma vez integrado na equipa, no serviço e na instituição, tem deveres para com esta, assim como para com os cidadãos devendo por isso participar, corporativamente na definição dos objetivos/metast a atingir, delineando estratégias para os superar, co-responsabilizando-se pela implementação das mesmas (Nunes *et al.*, 2005).

Por tudo o que foi descrito e refletido, considero que após estes oito anos e meio, onde o meu objetivo central visou a consolidação e aquisição de novas competências, com vista à melhoria e à qualidade dos cuidados de enfermagem, posso declarar que adquiri e desenvolvi competências de enfermeira perita, gerindo situações novas e complexas de uma forma evidente. Segundo Benner (2001), o enfermeiro é considerado perito quando trabalha há cerca de 6 anos num mesmo serviço, e este é detentor de uma enorme experiência, compreendendo de uma forma intuitiva cada situação, apreendendo diretamente o problema em questão.

2.2- MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio Módulo I - Serviço de Urgência foi realizado no serviço de Atendimento Médico Permanente (AMP) de um hospital privado da grande Lisboa, no período compreendido entre 28 de abril e 21 de junho de 2014, com carga horária de 180 horas.

O serviço de AMP situa-se no piso O do hospital, com acesso direto ao exterior. Encontra-se estruturado e equipado para a prestação de cuidados de saúde a adultos e crianças, dispondo de recursos técnicos e humanos que permitem dar resposta a situações de carácter Emergente, Urgente e Não Urgente. As áreas comuns do serviço incluem uma sala de espera, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia e sala de gessos. Relativamente à área reservada apenas ao adulto, esta inclui seis gabinetes médicos, dando um deles acesso direto à sala de tratamentos, sala de triagem de enfermagem e sala de observações (SO) com capacidade para cinco camas, mais um quarto que funciona como isolamento.

Quanto à equipa de saúde, esta é constituída por quarenta e um enfermeiros, distribuídos por seis equipas de enfermagem, liderados por uma enfermeira coordenadora, por um médico de Medicina Interna em permanência vinte e quatro horas, que quando necessário solicita outras especialidades médicas que se encontram disponíveis no hospital até às vinte horas, sendo que a partir daí terá de ser à “chamada”.

Convém salvaguardar que existem diferenças entre um Serviço de Urgência e um Serviço de AMP, nomeadamente ao nível dos recursos físicos, humanos e tecnológicos, e a nível da capacidade de resposta dos mesmos. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2009, p.15), o serviço de AMP disponibiliza serviços “ em regime de 24 horas diárias, incluindo fins-de-semana e feriados, que visam prover cuidados de saúde, designadamente consultas médicas em situações não programadas, mas não emergentes ou urgentes, ainda que porventura agudas, devendo ainda proceder ao “ encaminhamento para um serviço de urgência, quando tal se justifique” (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.37).

Assim sendo, o objetivo **geral** delineado para este estágio, passou **por desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidar ao cliente e sua família em situação crítica.**

Tendo em conta a dimensão e a diversidade de valências existentes no serviço, e após conversa com a enfermeira chefe, foi-me sugerido direcionar a minha intervenção para a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente e sua família na Sala de Observações (SO), contudo, tal não invalidou a minha passagem pelas outras salas.

Após conhecer toda a estrutura física do serviço de AMP, que me foi apresentada de uma forma global pela enfermeira chefe, e mais pormenorizadamente pela enfermeira orientadora, procurei compreender toda a orgânica funcional, assim como a metodologia de trabalho, no sentido de me sentir integrada na equipa multidisciplinar, pois a integração na mesma é fundamental, uma vez que a qualidade dos cuidados assenta no conceito de equipa e que “ uma

das características inerentes aos cuidados de urgência é a integração na equipa. Em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde são tão importantes o trabalho em equipa e o respeito mútuo” (Sheehy’s, 2001, p.5). Para que os cuidados sejam o mais eficaz e adequados possível, deve ser dado por todos os membros da equipa o seu contributo, o seu ponto de vista, e esta troca consiste num processo dinâmico, até porque o cliente vai mudando pouco a pouco, e é com base nestas relações múltiplas que florescem diferentes perspetivas e, conseqüentemente, novas e diferentes possibilidades de tratamento. Segundo Benner (2001, p.177), “trabalhar em equipa é crucial, tanto para prestar ao doente cuidados eficazes, como para manter a moral da equipa de saúde. As divergências de opinião são inevitáveis e necessárias para que o tratamento seja eficaz.”

Ainda de acordo com Benner (2001), uma vez que as enfermeiras estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa, estas têm a possibilidade de prevenir e detetar não conformidades, contudo, isso só acontece se a enfermeira for detentora de determinadas competências, nomeadamente ao nível da mobilização de conhecimentos e ao nível cognitivo, no sentido de saber qual a melhor estratégia a adotar perante uma situação adversa específica.

Os cuidados de enfermagem em contexto de urgência são sistemáticos, pois incluem “o processo e o diagnóstico de enfermagem, bem como a tomada de decisão, reflexão e investigação analíticas e científicas” (Sheehy’s, 2001, p.4).

Como tal, a minha atuação primou pela necessidade constante de busca de informação, no sentido de colmatar determinadas lacunas, através de pesquisa bibliográfica e consulta de normas e protocolos, **mantendo de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional**. Segundo Sheehy’s (2001, p.71), “as normas são declarações do desempenho esperado, criadas pelas autoridades, com base no conhecimento científico.”

Assim sendo, após constatar a enorme diversidade de situações clínicas, sendo as mais frequentes a insuficiência respiratória global ou parcial, doenças infecciosas, insuficiência cardíaca, disritmias, síndromes coronários agudos, doenças neurológicas e trauma menor, senti necessidade não só de aprofundar, mas também de **gerir e interpretar, de uma forma adequada, a informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, assim como também da resultante da minha formação pós-graduada**, a fim de cimentar e consolidar conhecimentos, com vista a uma prática segura e uniformizada. Para que exista aprendizagem decorrente da experiência, é fundamental a existência de intencionalidade por parte de quem vivencia a situação prática, e nessa medida torna-se necessário reabilitar “a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a competência cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende” (Serrano *et al.*, 2011, p.18).

Em contexto de urgência, não há tempo para o método de tentativas, pelo que o enfermeiro deve implementar os conhecimentos técnicos que foi adquirindo ao longo da sua experiência (Sheehy’s, 2001).

Um outro aspeto que mereceu grande parte da minha atenção foi a elaboração dos registos que assentam na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, não relativamente ao conteúdo, mas sim ao próprio sistema de registo informático Soarian®, devendo-se essa necessidade ao fato de eu estar familiarizada com outro aplicativo, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), e de ainda efetuar registos em formato papel. Contudo, este sistema de registos é bastante útil, pois podemos aceder a todo o processo clínico do cliente, em tempo real, desde a imagiologia ao laboratório e meios complementares de diagnóstico, e permite igualmente dar visibilidade às nossas intervenções autónomas, sendo que, para além de registos de enfermagem e notas de turno, elaborei também intervenções autónomas, **zelando deste modo pelos cuidados prestados**. A elaboração dos registos é fundamental, na medida em que são promotores da continuidade dos cuidados. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea d) do Artigo 83.º *Do Direito ao cuidado*, o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.” Tal como nos refere Adam (1994, p. 71), “se o plano de cuidados for regularmente atualizado com notas, observações claras, concisas, constituirá um meio de comunicação escrita adequada para assegurar a continuidade dos cuidados. A informatização do plano de cuidados vem facilitar a comunicação.”

Uma vez integrado no seio de uma equipa, ainda que por um curto período de tempo, compete a cada um justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, e implementando as suas competências, uma vez que ao delimitar a sua esfera de competências o enfermeiro evidencia a sua contribuição na partilha das responsabilidades (Adam, 1994).

Seguindo esta linha de pensamento, dentro da minha área de competência tentei, sempre que possível, partilhar os meus conhecimentos, as minhas experiências com a equipa de enfermagem. Um desses momentos de partilha decorreu da oportunidade dada pelo serviço de assistir à formação “Abordagem ao Doente com Disritmia”, tendo sido dinamizada pelos enfermeiros do AMP, no sentido de uniformizar práticas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Esta formação constituiu uma forma de interação, de partilha de conhecimento e experiências, onde todos de uma forma espontânea deram a sua perspetiva, pois é uma equipa com bastante experiência profissional (por trabalharem noutros serviços), e onde eu própria pude falar um pouco da minha prática profissional. Contudo, constatei práticas de cuidados diferentes, às quais fiz referência, nomeadamente ao nível farmacológico. Sem dúvida que essa formação foi uma mais-valia no meu percurso de estágio, pois ajudou-me igualmente na integração de novas práticas, convergindo na uniformização das mesmas, tendo-me permitido ainda **refletir na e sobre a prática de uma forma crítica**.

Tal como refere o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros legislado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no n.º 6 do Artigo 9.º, “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de formação, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.

Hesbeen (2001) vai ao encontro do acima mencionado ao referir que a formação contínua permite a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de novas técnicas. Contudo, a sua

verdadeira essência é a de uma maior abertura por parte do profissional devido à sua experiência, permitindo-lhe assim uma prática mais refletida, mais aperfeiçoada e portadora de maior sentido.

Foi igualmente uma mais-valia poder passar pelas outras áreas do serviço, nomeadamente pela Sala de Triagem, pela Sala de Tratamentos e pela Sala de Gessos, onde pude colaborar na prestação de cuidados, tendo-me esta experiência dado uma ideia global do percurso do cliente, de acordo com o grau de gravidade da situação do mesmo. Permitiu-me ainda **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas**, uma vez que são áreas com intervenções distintas, indo esta ideia ao encontro do referido por Sheehy's (2001) quando afirma que no cuidar em contexto de urgência a única constante é a mudança, sendo esta geralmente rápida e frequentemente drástica.

Relativamente à minha passagem pela Triagem, ainda que breve, deu para perceber o quanto a mesma é exigente e importante para quem a executa, pois exige um domínio de saberes e uma mobilização de competências constante. A experiência e a intuição que Benner (2001) tanto evidencia relativamente à enfermeira perita são cruciais nesta situação, pois o enfermeiro consegue intuir em relação a determinadas alterações hemodinâmicas que ainda não são mensuráveis e que poderão fazer toda a diferença na implementação do tratamento adequado ao cliente. Benner (2001, p.146-140) refere que as “enfermeiras devem ser capazes de gerir e de prever as crises”. As enfermeiras peritas devem ainda “possuir um rico leque de experiências que lhes permite estabelecer a ordem no meio do caos.”

A minha atuação incidu mais na avaliação dos sinais vitais e na interpretação da informação dada pelo cliente, tendo sido notória a **mobilização dos meus conhecimentos adquiridos da minha formação de pós-graduada e das competências adquiridas pela minha experiência profissional**, pois pude compreender a relevância do domínio das competências comunicacionais, **demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos**.

A minha atuação na Sala de Tratamentos incidu em cuidados interdependentes, onde **demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, onde a componente relacional e técnica mais se evidenciou.

Segundo o REPE no Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro, na alínea 3 do Artigo 9.º, “consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum.”

Prestei também cuidados autónomos, nomeadamente a nível de ensino, ou em termos de esclarecimento de dúvidas dos clientes, e mesmo de familiares, **produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei**. Foi igualmente uma preocupação constante a interpretação e conhecimento do sistema operativo Soarian®, de modo a manter uma atualização constante do processo clínico do cliente.

Consideram-se intervenções autónomas, segundo o regulamento supracitado, na alínea 2 do Artigo 9.º, “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, seja na prestação de cuidados, na gestão.”

Foi-me dada a oportunidade de colaborar numa mini-cirurgia na qual se realizou a excisão de um quisto sebáceo a um cliente, na Sala de Gessos, onde me pude inteirar mais aprofundadamente relativamente ao material existente e à disposição do mesmo. A minha atuação ao nível da prestação de cuidados incidu mais no apoio ao cliente, uma vez que era uma situação dolorosa e desconhecida para o mesmo, assim como na colaboração na disponibilização de material necessário à técnica em si. Hesbeen (2000, p.67) refere-se aos cuidados de enfermagem como sendo “a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e seus familiares, com vista a ajudá-los numa situação, utilizando as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem.”

Os enfermeiros têm um vasto campo de atuação face aos outros profissionais, pois os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas ações, dão lugar a pequenos gestos técnicos, sendo que quando se atingem os limites de intervenção de outros profissionais, “os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas” (Hesbeen, 2000, p.47). Concordo que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de saber, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37).

As ciências médicas fixam-se no tratar, curar, não sendo a pessoa na sua essência o seu alvo de atuação, pois, tal como nos refere Collière (1999, p.123), “a medicina tem por objecto a doença e, de preferência, a doença sem os doentes”. O mesmo não se verifica com a enfermagem, onde o foco de atenção principal e único é o bem-estar da pessoa em toda a sua dimensão bio-psico-sócio-transcultural. “A prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados” (Collière,1999, p.151).

A maior parte do estágio de ensino clínico decorreu na SO, **onde desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**, concordando com o proferido por Sheehy’s (2001) quando refere que a utilização rigorosa e eficiente do processo de enfermagem por parte do enfermeiro da urgência é fundamental para garantir a continuidade da qualidade dos cuidados. Permitiu-me ainda conhecer e articular com os outros serviços do hospital, designadamente em transferências e passagem de informação clínica via telefónica/ pessoalmente, elaborando registos concisos e objetivos no sentido da continuidade dos cuidados para o serviço de Hemodinâmica, Imagiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intermédios e Serviços de Internamento. Constatei que o método de trabalho preconizado é o individual, e é o local onde o chefe de equipa permanece quase sempre, dando este apoio às outras salas.

“A urgência serve frequentemente de porta de entrada do doente no sistema de saúde” (Sheehy’s, 2001, p.16). No seguimento da afirmação desta autora, de facto foram vários os clientes que passaram pela SO, onde a minha atuação se pautou, numa fase inicial, pelo acolhimento, pois quem chega a este meio em que nada lhe é familiar, com apreensão e angústias, não é mais um número nem uma patologia, mas um ser humano com a sua identidade

e a sua história, e neste sentido é premente chamá-lo pelo nome. Como tal, procedi à minha apresentação e à apresentação do serviço, falando de uma forma clara, calma, olhando olhos nos olhos, escutando todos os seus receios e dúvidas, uma vez que escutar permite acolher o outro, sem o substituir; é estar aberto a todas as ideias, todos os assuntos, sem interpretações nem julgamentos (Hesbeen, 2000).

Muitos clientes chegavam pelo próprio pé. Nestes casos, ajudava a despi-los e a vestir a bata do hospital quando sozinhos; se acompanhados, incentivava o familiar/ pessoa significativa a ajudar nesse processo, de modo a levar à inclusão da família nos cuidados, pois “cuidar é também prestar atenção à família, aos que rodeiam a pessoa doente”, uma vez que o comportamento da família influencia a caminhada da pessoa doente (Hesbeen, 2000, p.177).

No âmbito das minhas funções, também procedia à monitorização do cliente, durante a qual avaliava e registava posteriormente os sinais vitais, dada a necessidade constante de fazer medicação endovenosa; aproveitava a colheita de sangue para análise e deixava de antemão um acesso venoso periférico, atendendo sempre aos princípios da assepsia, dado que “as intervenções devem ser atempadas” (Sheehy’s, 2001, p.12). Estas devem ser acauteladas dada a situação clínica imprevisível do cliente, nomeadamente num serviço de urgência, daí o enfermeiro ter o dever de andar um passo à frente na deteção dessas situações. “O domínio do diagnóstico e da vigilância ilustra as mudanças rápidas do estado do doente e a necessidade pura das enfermeiras de desenvolverem meios de fazerem frente a estas mudanças” (Benner, 2001, p.192).

Recorria não só ao cliente mas também à família no sentido de recolher informação pertinente, dado encontrarem-se num local mais calmo e controlado, uma vez que para que o processo de avaliação seja conduzido com eficácia, deve-se reunir dados suplementares, pois para a definição de diagnósticos adequados, sem sombra de dúvida que ambos constituem a fonte de informação mais preciosa.

Para o estabelecimento de uma relação terapêutica é fundamental, numa primeira abordagem, tecer laços de confiança com o cliente, e não “bombardeá-lo” com questões, pois assim estaremos a inculcar-lhe mais ansiedade e *stress*, ou seja o oposto do desejado, tendo sido um cuidado meu dar espaço, abertura, privacidade ao cliente. Quando se instala um clima de confiança, não é necessário recorrer às questões, pois o cliente expressa-se de bom grado, espontaneamente (Hesbeen, 2000).

O estabelecimento de uma relação terapêutica ajuda o cliente “a exteriorizar-se expressando as suas emoções ou incentivando-o a procurar apoio social, emocional e espiritual” (Benner, 2001, p.234).

Durante o meu percurso, assim como no estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente e sua família, foi uma preocupação constante a adequação da linguagem, a gestão da expectativa que estes clientes possuem, assim como os seus familiares, face aos profissionais, sendo este um hospital que prima pelos cuidados de excelência. Muitas vezes o fator tempo não abonava muito a favor do cliente, dada a afluência de clientes e a não disponibilidade imediata do médico, e tudo isto era gerador de mais stress no mesmo. “Os enfermeiros da urgência servem

utentes cada vez mais exigentes, o público espera dispor da tecnologia mais avançada e sofisticada sem perda de cuidados de elevada sensibilidade” (Sheehy’s, 2001, p.7).

O ensino ao cliente e sua família foi um enorme desafio para mim, uma vez que estou habituada a clientes muito específicos, e dada a multiplicidade de patologias existentes no serviço, contudo facilmente ultrapassável, este tem por objetivo ajudar o cliente e a sua família a superar de uma forma mais eficaz as alterações pela quais estão a passar, propiciando a aprendizagem, e esta manifesta-se através das alterações do comportamento destes (Sheehy’s, 2001). No entanto, foi um grande desafio para mim, face a clientes cuja passagem era bastante breve, concluir o processo de ensino, devido às limitações de tempo. Os clientes encontram-se cada vez mais informados relativamente ao seu estado clínico, especialmente os que recorrem a este hospital, como pude verificar. Mas também os há que necessitam de maior esclarecimento relativamente aos cuidados e tratamentos a receber, daí a necessidade de adequar sempre a linguagem mediante o cliente, pois fornecer uma interpretação do estado de saúde do cliente é a chave dos cuidados de enfermagem, sendo que “a enfermeira deve avaliar até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado” (Benner, 2001, p.111).

Ainda segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 84.º, do dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de acordo com a alínea a) “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”; b) “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”; e na alínea d) “Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”

Prestar cuidados de enfermagem com base em conhecimentos especializados, enfatizando a comunicação como um fator importante no estabelecimento de uma relação terapêutica no cuidar da pessoa/ cliente e sua família em situação crítica, foi um dos objetivos específicos a que me propus neste estágio. Neste sentido, com vista à concretização do mesmo, foram várias as atividades por mim desenvolvidas.

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação assume-se como a principal ferramenta da qual a enfermeira dispõe, uma vez que esta permite um conhecimento aprofundado da pessoa.

Com base no conhecimento do tipo de clientes que foram surgindo, foi imperativo proceder à adequação de uma linguagem que fosse ao encontro das expectativas do cliente com o principal objetivo de trabalhar a sua expectativa face ao tempo de espera, e tratamento, **abordando assim questões complexas de um modo sistemático e criativo**, tendo sido fundamental o “cuidar do vocabulário” a que Phaneuf (2005) se refere, no sentido de nos colocarmos mais ou menos, ao mesmo nível da pessoa cuidada, com o intuito da compreensão desta. Neste sentido, o recurso à empatia foi preponderante para a compreensão e conhecimento do cliente, pois, de acordo com Magalhães (2009), ser empático significa ver o mundo na perspetiva do outro.

Igualmente importante é a integração do cliente/ família no seu processo de saúde, quer seja na recolha de informação pertinente, quer seja na devolução de informação no sentido de os manter informados e atualizados face à situação clínica, constituindo um direito destes, tal como consagra a alínea a) do artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro, usufruir do “informar o

indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”. Como reitera Phaneuf (2005, p.15), “ o respeito da dignidade e o direito à autodeterminação da pessoa leva-nos a um outro princípio importante, o do direito à informação”.

De referir a importância da comunicação no seio da equipa inter e multidisciplinar, nomeadamente no serviço de urgência, uma vez que a prática de enfermagem num serviço de urgência é sistemática, ou seja, parte da identificação atempada das necessidades (diagnósticos de enfermagem), seguindo-se uma tomada de decisão, refletida, analítica, científica, daí que os profissionais que trabalham em serviços de urgência tenham como objetivo “a aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros” (Sheehy’s, 2001, p.4).

Assume Benner (2001) que quando existe boa comunicação no seio da equipa prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia. Neste sentido, a comunicação entre os profissionais de saúde figura como um elemento essencial no cuidado, é entendida como o alicerce das relações interpessoais, e o cuidar, nesta perspetiva, associa-se à prática de comunicar-se (Broca & Ferreira, 2012).

Se numa situação normal, estável, a comunicação no seio da equipa é fundamental, numa situação de urgência acentua-se a necessidade de uma comunicação rápida, clara e objetiva, em que todos falem a mesma” linguagem”, pois só assim a equipa funciona em pleno sinergismo, em prol da segurança dos cuidados.

A comunicação assume um papel fundamental na humanização dos cuidados, daí que todos os profissionais devam adotar a mesma “linguagem”, que permeie a interação entre os profissionais, ou seja, a dinâmica, encarando esta como um processo em que o cliente deve ser reconhecido como o sujeito do cuidado e não passivo a ele (Broca & Ferreira, 2012).

Desta forma, é “pondo à discussão os mais diversos assuntos relacionados com os cuidados que se estimulam as ideias, que todos poderão progredir - avançar – reconsiderar as suas certezas” (Hesbeen, 2001, p.97).

Esta discussão de cuidados é realizada ao longo de todo o turno, contudo, é fundamental para a continuidade dos cuidados que essa informação seja passada ao colega, nomeadamente na passagem de turno, da forma mais fiel possível, pois “a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (OE, 2001).

Considero, assim, que a minha intervenção quer ao nível da prestação de cuidados, integrada numa equipa inter e multidisciplinar, quer ao nível do estabelecimento de uma relação de cuidado com o cliente, foi suportada por **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, tendo-me relacionado de uma forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, penso que a qualidade dos cuidados passa muito pela capacidade de o enfermeiro olhar o cliente no seu todo e não se fixar apenas em resultados hemodinâmicos, pois muitas vezes os clientes já

expressam determinados desconfortos ou alterações do comportamento que ainda não são passíveis de quantificar, e eis que aí reside a chave da atuação do enfermeiro, a sua capacidade de prever e mobilizar os recursos necessários, e essa mobilização de recursos passa muito por alertar o médico, no sentido de uma otimização de tratamento, mas também pode igualmente ir desenvolvendo intervenções autónomas, sendo que este tem o dever de as implementar. “A vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira defesa do doente, constituindo a tarefa principal da enfermeira” (Benner, 2001, p.119).

Igualmente importante é a transmissão da informação aos colegas. Neste sentido, **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico** torna-se vital, uma vez que, se descuramos determinado sinal ou sintoma, ainda que mínimo, tal poderá repercutir-se numa situação de maior gravidade, e esta é uma competência que deve estar implícita no dia-a-dia de qualquer enfermeiro. Assim como transmitimos informações aos colegas, também quando o fazemos aos médicos, é notório que a informação deverá igualmente ser transmitida com enorme clareza, rigor e cientificidade. Assim sendo, não só a avaliação do estado do cliente é importante como também esta competência é “ composta de reconhecimento, mas também necessita de determinação experiente de sinais para que o relatório que ela fará ao médico seja suficientemente convincente” (Benner, 2001, p.125). De acordo com a alínea d) do Artigo 83.º do CDE, este assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.”

É notório que o enfermeiro reconhece no doente uma série de problemas que necessitam de ser abordados, contudo, estes não têm todos a mesma importância, daí que estabelecer prioridades é uma das componentes mais importantes. O mesmo se aplica à deteção atempada de sinais inespecíficos, assim como à **capacidade de reagir perante situações imprevistas** e de emergência, mobilizando todo o saber técnico e científico através do trabalho em equipa e em complementaridade com os outros profissionais. Tal como reitera a alínea a) no Artigo 83.º do CDE, este assume o dever de “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”. E ainda de acordo com o REPE no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, na alínea 3 do Artigo 8.º, “ os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.”

Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas numa situação de urgência/emergência, é necessário, pois o estabelecimento de prioridades torna-se vital, pelo que se o enfermeiro não dominar esta competência compromete de um modo geral todo o trabalho da equipa, e de um modo específico e grave a recuperação/ tratamento do cliente. É certo que são situações dotadas de enorme *stress* e ansiedade para toda a equipa, no entanto, a gestão destes sentimentos deve ser ultrapassada em prol do bem-estar e segurança do cliente. Se, numa fase inicial, o medo e a ansiedade se apoderarem do enfermeiro, poderá ser admissível, contudo, o mesmo não se admite numa fase mais avançada, pois estamos a lidar com a vida, daí que **todas as decisões devam ser fundamentadas atendendo às evidências científicas, bem**

como às responsabilidades sociais e éticas. Lewis (1983), citado por Benner (2001, p.194), “descreve a enfermeira como o cimento que solda o sistema complexo de cuidados no meio hospitalar.”

Dada uma situação de urgência, carece uma resposta rápida e adequada por parte da equipa profissional, no entanto, não nos podemos esquecer de atuar dentro dos nossos próprios limites de atuação, devendo como tal o enfermeiro ser conhecedor do REPE. É certo que o enfermeiro se encontra numa situação delicada, contudo, “não deve pôr em perigo a vida do doente retardando decisões necessárias à sobrevivência deste e, ao mesmo tempo, não deve ir além das suas prerrogativas” (Benner, 2001, p.141).

Entenda-se o “não ir além das suas prerrogativas” como o atuar dentro dos níveis de competência. Como nos consagra o REPE no Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro, na alínea e) do Artigo 9.º, os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, **devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm**”.

Contribuir na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados a prestar ao cliente e sua família em situação crítica, cumprindo as recomendações de prevenção e controlo de infeção, foi outro dos objetivos que me propus desenvolver.

Considero que prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde é uma competência específica do enfermeiro especialista nesta área de especialização, promovendo a diminuição do risco clínico com vista à segurança do cliente e à qualidade dos cuidados. Uma vez que no hospital são muitas as fontes de potenciais infeções, nomeadamente, o cliente, a equipa, visitas, equipamento, a roupa, entre outros. O cliente pode vir a ser infetado quer por microrganismos exteriores, quer pelos seus microrganismos internos, daí que a sensibilização dos familiares/ visitas para as práticas corretas deva ser também uma das atuações do enfermeiro, nomeadamente na restrição do n.º de visitas, na preocupação dos mesmos em lavar/ desinfetar as mãos antes e depois de contactar com o familiar, pois, se doente, convém aguardar a visita para uma outra altura, pois o cliente já se encontra imunodeprimido, dada a sua situação clínica, daí evitar-se todas as outras fontes “gratuitas” de infeção. Devemos ainda ter a capacidade de reconhecer os clientes mais sensíveis ao desenvolvimento de determinadas infeções, estando eles associados a fatores como a idade, alterações das defesas imunológicas, quer pela utilização de antibióticos, quer por uma outra doença subjacente, a utilização de antibióticos, a utilização de determinados dispositivos invasivos, que afetam as normais defesas do cliente, deixando uma porta aberta (algália, acessos venosos periféricos) e mesmo a duração do internamento. “ O enfermeiro deve estar consciente do problema das infeções nosocomiais; seus efeitos na morbilidade e mortalidade provocadas por estas infeções, os seus diagnósticos e tratamento, incluindo os dias adicionais de hospitalização” (Phipps *et al.*, 2003, p.270).

Compreendendo as implicações da investigação na prática baseada na evidência, encaro a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como um problema de saúde universal, devido à elevada morbi- mortalidade, bem como aos elevados custos que acarreta, nomeadamente pelo prolongamento do internamento dos clientes, sendo os principais riscos

“associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecções por microrganismos multirresistentes” (Pina *et al.*, 2010, p. 27).

O impacto da IACS é superior em unidades altamente tecnológicas, onde se verificam práticas mais invasivas, doentes mais imunodeprimidos e resistências aos antimicrobianos. A prevenção das IACS tornou-se um novo imperativo no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes (Dias, 2010).

De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention a higienização das mãos continua a ser a única e mais importante intervenção na busca de zero infeções.

Atendendo a esta questão de enorme complexidade, torna-se crucial uma abordagem holística para a higienização das mãos que inclua o cliente e seus familiares, devendo-se tornar parte integrante da rotina diária nas unidades de saúde. Torna-se fundamental o cumprimento de diretrizes que evidenciem que o uso de determinados antissépticos é adequado face a microrganismos específicos.

Segundo Garrett (2013), a última linha de defesa na prevenção da infeção é o paciente e a sua família. Como tal, os profissionais de saúde devem participar ativamente na implementação de normas e protocolos, assim como na educação dos familiares.

Segundo Benner (2001, p.87), “muitos pacientes sentem-se pouco implicados na sua cura e no seu tratamento; muitas vezes, é a enfermeira que ajuda o paciente a recuperar o sentimento de que participa, e a um certo controlo sobre as coisas.”

A entidade acreditadora de organizações de saúde, The Joint Commission, preconiza a educação do cliente relativamente aos seus próprios cuidados, no sentido de que frequentemente se contaminam por contaminar as suas mãos, daí que eles devem ser instruídos para a necessidade de sempre que contactarem com superfícies contaminadas, nomeadamente na campanha, no comando da televisão, da cama, antes das refeições e após usarem a casa de banho, deverão sempre desinfetar as suas mãos com antissépticos adequados (Garrett, 2013).

Segundo a Direção Geral de Saúde, na norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013, faz parte das Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI) a higienização das mãos, e estas devem ser cumpridas por todos os profissionais de saúde a todos os clientes, e em todos os momentos de contacto com os clientes. Posto isto, durante determinados procedimentos, nomeadamente na colheita de hemoculturas; na colaboração de uma punção lombar para colheita de líquido cefalorraquidiano; na colaboração de técnicas mais invasivas como a colocação de uma linha arterial, de um cateter venoso central, de uma punção supra púbica, na algaliação, entre outros, a minha atuação visou o cumprimento das PBCI, no sentido de garantir a segurança do cliente e da prestação de cuidados de saúde de qualidade visando a diminuição das IACS.

Como tal, a minha contribuição neste estágio passou por refletir e realçar a importância destas práticas junto da equipa de enfermagem, através de momentos de reflexão, partilha de artigos que disponibilizei, assim como a elaboração de um *poster* alusivo à “Higienização das Mãos” (APÊNDICE I) destinado aos familiares/ visitas que se dirigem a esta unidade de saúde, no sentido de os alertar para a importância de determinadas práticas que são essenciais para a

redução das infecções, quer para os clientes quer para os próprios familiares. Um *poster* constitui-se como um meio bastante eficaz de apresentação de informação (Cerqueira *et al.*, 2014).

Por último, propus-me a ***desenvolver capacidade de análise e reflexão ético-deontológica e jurídica na área de Especialização, de modo a compreender os limites de atuação do enfermeiro contratado por um hospital privado.***

Os problemas com que os enfermeiros se confrontam diariamente carecem de dúvidas no modo de agir concreto, responsável e justo, e advêm de um processo contínuo de evolução da Enfermagem como resultado da autonomia profissional regulada assim como pela evolução ético-deontológica e técnico-científica que esta tem vindo a adquirir, o que lhe confere maior responsabilidade na tomada de decisão e na ação.

Cada vez mais assistimos aos profissionais de saúde, e neste caso concreto aos enfermeiros, a serem responsabilizados pelas decisões que tomam em função do cliente. Com efeito, uma má prática/ conduta será cada vez mais questionada e menos aceite pela instituição a que pertence. Assim sendo, uma prática baseada na evidência, partindo de decisões claras, racionais e solidificadas no conhecimento científico são um dever do enfermeiro, refletindo-se na qualidade dos cuidados.

Refletindo na e sobre a prática resultou a delineação deste objetivo, **identificando desde logo quais as necessidades formativas da equipa**. Estas necessidades visaram **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros**, na medida em que permitiu esclarecer a equipa de enfermagem face a um problema em que se questiona como deve agir o enfermeiro de acordo com os seus limites de atuação mediante um pedido de ajuda advindo das imediações circundantes ao hospital, em que uma pessoa carece de cuidado imediato quer por acidente ou incidente na via pública. Como unidade de saúde, representa para a sociedade uma opção válida de socorro, mas, por outro lado, os profissionais que nela exercem veem-se confrontados com limites de atuação, advindos quer da responsabilidade assumida perante a própria instituição, quer da profissão como resposta ao que sociedade espera de cada profissional de saúde, e quer ainda da responsabilidade que o enfermeiro assume perante a pessoa com quem estabelece um compromisso de cuidado dentro da instituição, de modo a dar uma resposta rápida, consciente, concreta e justa.

Para a efetivação de uma prática responsável, é imperativo que o enfermeiro argumente, fundamente a sua decisão, juízo, de modo a dar visibilidade à sua autonomia, devendo ainda ser capaz de comunicar, justificar as suas decisões no seio da equipa multidisciplinar e institucional. Neste caso, a responsabilidade apresenta-se relativa ao outro, à pessoa a cuidar, daí que este deva tomar as diligências necessárias, dentro da sua área de competência, de modo a uma resposta ética, deontológica e jurídica, indo assim ao encontro do que a sociedade espera dele (Nunes, 2006).

Perante este objetivo, procedi à interpretação e análise jurídica, integrando as dimensões ética e deontológica da profissão de enfermagem, de modo a que, analisando os limites de atuação dos enfermeiros quando confrontados com esta situação específica, traga

consciencialização no agir e consenso na tomada de decisão, que deve ser imediata, perante uma situação em que uma pessoa se encontra numa situação crítica.

No que concerne à **gestão dos cuidados**, mediante o exposto, se uma pessoa, fora da organização de saúde onde o enfermeiro trabalha, solicitar a sua intervenção, do ponto de vista ético este assume um compromisso de cuidado para com um Outro, não devendo ficar indiferente, orientando o seu agir no sentido de tomar conta do mais vulnerável, naquele momento, não menosprezando em tempo algum o compromisso de cuidado assumido pelos que tem já a seu cuidado. Ou seja, em vez de agir, abandonando os seus clientes, pode pedir a outro enfermeiro que vá socorrer a vítima, ou acionar os meios de socorro para vítimas na rua, por exemplo.

Contudo, do ponto de vista deontológico e jurídico não está obrigado a assumir esse compromisso de cuidado, uma vez que esse cliente não está integrado nessa organização de saúde, pois deontologicamente este assume apenas a responsabilidade dos cuidados pelos clientes da organização de saúde, estando obrigado a manter-se no seu posto de trabalho até ser substituído por um outro igualmente competente, salvaguardando a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem, como consagra o Artigo 83.º do seu CDE. Sendo autónomo na decisão de ir ao encontro do pedido de ajuda exterior, desde que estejam assegurados os cuidados dos seus clientes, este assume na mesma a responsabilidade pela decisão que tomar.

Do ponto de vista jurídico, o enfermeiro é autónomo na tomada de decisão, e tem legislação própria que estabelece como deve atuar em situação de emergência. Importa ainda realçar que é também seu dever no âmbito da prestação de cuidados, como reporta a alínea d) do Artigo 5.º do REPE, que este deve “encaminhar, orientando para os recursos adequados” e neste caso concreto, deve certificar a ativação do serviço de emergência médica pela linha 112 (que é o responsável pelas pessoas que não estão dentro duma organização de saúde), no sentido de promover a intervenção de outros profissionais de saúde, atuando assim desta forma em complementaridade funcional, de modo a solucionar os problemas identificados que, por si só, ele não consegue resolver. Deve igualmente salvaguardar os cuidados dos clientes pelos quais também é responsável, como foi analisado. Contudo, se ele conseguir assegurar a continuidade do cuidado dos seus clientes, sem os colocar em risco, e decidir ir ao encontro do pedido de ajuda, deve entregar a pessoa ao seu cuidado aos profissionais do socorro, logo que possível, de modo a voltar ao seu posto de trabalho.

Este trabalho enquadra-se no domínio da responsabilidade profissional (deontologia), ética e legal com fundamento do desenvolvimento de competências ao nível da prática profissional e ética no campo de intervenção do enfermeiro, sendo que esta competência “ assenta num corpo de conhecimento ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências do cliente”, assim como promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º122/2011, de 18 de fevereiro de 2011, p.8649).

Como tal, o enfermeiro especialista deve assumir um papel dinamizador da reflexão das práticas, visando uma tomada de decisão consciente, justa e responsável. Esta análise sistémica e sistemática sobre um problema que surge no seio de uma equipa de enfermagem apenas

consegue ser concretizada através de uma enfermagem avançada, fundamentada em conhecimento próprio, que apenas se pode realizar num nível de maturidade profissional mais elevado, pois só nessa fase se consegue ter reflexão na ação. Para Benner (2001, p.33), “a solução encontrada por uma enfermeira proficiente ou perita para resolver um problema será diferente de uma enfermeira principiante ou competente, esta diferença pode estar atribuída ao saber fazer adquirido através da experiência.”

Promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa, a comunicação dos resultados da análise ético-deontológica e jurídica foi exposta através de uma **apresentação oral** (APÊNCICE II) no dia 21 de junho, na sala de passagem de turno, em dois momentos distintos. A apresentação oral visa transmitir verbalmente os resultados de um determinado assunto a um público mais ou menos restrito (Cerqueira *et al.*, 2014). Esclarecendo a equipa de enfermagem face à problemática abordada, **promovendo deste modo a formação em serviço.**

Com vista à **promoção e desenvolvimento da investigação**, submeti ainda o artigo “**Os limites da atuação do enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica**” (APÊNCICE III) para a Revista Portuguesa de Saúde Pública, que se encontra em processo de revisão, para publicação. Entenda-se artigo como um texto que pretende apresentar os resultados de uma pesquisa, com autoria expressa. Tem ainda como finalidade transformar a informação do autor em conhecimento científico (Cerqueira *et al.*, 2014).

Incorporando na prática os resultados desta análise ético-deontológica e jurídica, os mesmos serviram de base para a elaboração de um procedimento interno do serviço de enfermagem: “Atuação em caso de chamada de emergência, no perímetro exterior do hospital, para prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.”

2.3- MÓDULO II- CUIDADOS PALIATIVOS

O estágio Módulo III Opcional: Cuidados Paliativos, foi igualmente realizado num hospital privado da grande Lisboa, com início a 8 de setembro e término a 1 de novembro de 2014.

Os enfermeiros assumem na sua conduta o compromisso de cuidar da pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital, de forma a garantir o melhor bem-estar possível, promovendo assim a sua qualidade de vida. Este “agir profissional” tem por base a ética da promessa e o compromisso do cuidar. Estes dois pilares materializam-se na norma do cuidar, surgindo este como um ato humano intencional (Nunes, 2011).

As intervenções de enfermagem ao nível dos cuidados paliativos têm constituído uma parte extremamente importante por parte da enfermagem, e estas passam muito pelo alívio dos sintomas angustiantes, pela prestação de cuidados a doentes que se encontram em fim de vida, pela preparação do corpo após a morte deste, e pelo apoio e cuidado dos familiares enlutados (Magalhães, 2009).

Como consagram as alíneas a) e b) do Artigo 87.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), “do respeito pelo doente terminal”, o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes

etapas da fase terminal, assume o dever de defender e promover o direito do doente à escolha das pessoas que deseja para acompanhá-lo na sua fase final de vida, e respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda manifestadas pelo doente em fase terminal e pela família., devendo ainda “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”, como enumera a alínea c) do mesmo Artigo (EOE, 2012, p.79).

É certo, não existe nada mais real que a morte, contudo, é um tema de que todos teimam em fugir, dado o período pré-morte ser marcado de grande incerteza. Assim sendo, torna-se premente que estes últimos anos, meses, ou até dias, sejam vividos com todo o conforto, serenidade e paz interior, não devendo ser dias de sofrimento e solidão (Capelas, 2014).

O processo de morte é pautado pela construção de diversas vulnerabilidades, nomeadamente ao nível físico, psicossocial e espiritual. Os doentes possuem dificuldade em encontrar como que um equilíbrio, e muitas vezes quase que existe uma redefinição do seu “Eu”, sendo este ajustado, moldado pelas suas expectativas atuais, tendo em conta o seu grau de vulnerabilidade e deterioração (Chochinov *et al.*, 2006).

Foi este querer saber mais acerca destas necessidades, das quais a pessoa doente em fim de vida padece, que levou a que Cicely Saunders decidisse começar a trabalhar como voluntária no St. Luke’s Hospice, sendo considerada posteriormente como a pioneira do movimento moderno dos cuidados paliativos. Tal como refere Clark in Saunders (2014, p.11), “o nome Cicely Saunders é sinónimo da criação do movimento dos cuidados paliativos modernos”. Os cuidados paliativos têm por objetivo melhorar a qualidade de vida, através da otimização do bem-estar espiritual ou existencial, diminuindo assim o sofrimento do mesmo. Consistem numa abordagem global e holística da pessoa e não apenas a prescrição de um conjunto de intervenções. Esta abordagem global estende-se para além do alívio dos sintomas físicos, inclui aspetos psicossociais, existenciais e espirituais, contíguos às vivências de quem experiencia a doença (Chochinov *et al.*, 2006).

Uma vez que os clientes detêm perceções e significados únicos face à situação de saúde e de doença, por sua vez estas conceções influenciam diretamente a natureza da transição, daí ser crucial o conhecimento e a compreensão das condições pessoais, e ambientais, que possam facilitar e/ou inibir os processos de transição, com vista a uma transição saudável (Meleis, 2010). O enfermeiro desenvolve competências específicas que vão ao encontro do cliente e sua família, respeitando e assegurando as condições necessárias, possibilitando assim a sua independência no seu autocuidado, ou preparando os familiares no sentido da continuidade dos mesmos (Pereira, 2013).

Os cuidados paliativos são cuidados ativos a pessoas cuja doença não responde ao tratamento curativo, sendo o controlo de sintomas como a dor, problemas sociais, psicológicos e espirituais fundamentais. Estes cuidados afirmam a vida, considerando a morte como um processo natural, pois eles não apressam nem adiam a morte, preservando assim a melhor vida até à morte (Cherny & Radbruch, 2009; Direção Geral da Saúde, 2005; Organização Mundial de Saúde, 2014).

De acordo com a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, na Base II, referente à alínea a), entende-se como cuidados paliativos “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por

unidades e equipas específicas, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual”.

Partindo do supramencionado, não poderia estar mais de acordo, pois considero os cuidados paliativos como cuidados ativos, altamente diferenciados, dirigidos especificamente e concretamente àquele cliente/ família com o objetivo único da promoção do conforto, bem-estar físico, mental e social, com vista à manutenção e preservação da dignidade humana.

Apesar da já existente legislação em vigor, como enunciado, as assimetrias face às acessibilidades a cuidados paliativos ainda são bastante óbvias, como nos refere Neto (2010, p.3), de acordo com a informação contida no Atlas of Palliative Care in Europe: “o número de serviços de cuidados paliativos por milhão de habitante, em Portugal, era de menos de 2 por milhão de habitantes”. O mesmo se confirma através da campanha desenvolvida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2014), que visou “ meio minuto de silêncio - por quem necessita de cuidados paliativos por inteiro”, e que expõe que 90% das pessoas não tem acesso a cuidados paliativos e que só existem 11 equipas de cuidados paliativos domiciliários, quando deveriam existir 10 vezes mais.

Refletindo na e sobre a prática de uma forma crítica, Portugal está ainda muito longe de fazer jus ao declarado na Base II, na medida em que muitas pessoas há em situações de sofrimento, decorrente de uma doença incurável, para a qual os cuidados paliativos não fazem parte do seu quotidiano, neste processo de doença, por razões de várias ordens, desde inacessibilidade à falta de resposta das instituições, sendo esta falta de resposta na maioria das vezes por carência de profissionais habilitados para tal.

A formação em cuidados paliativos é componente fundamental para a organização e qualidade deste tipo de cuidados. “A formação, mais do que qualquer infra-estrutura, é consequentemente apontada como factor crítico no sucesso das equipas de cuidados paliativos” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006, p.1).

É certo que não basta aos profissionais de saúde estarem bem preparados na sua profissão e bondosos na sua relação com os doentes. Torna-se necessário alcançar um grau de conhecimento teórico e prático compatível com uma especialização (Osswald, 2014).

Segundo a Direção Geral Saúde (2005, p.16), “a formação diferenciada na área dos cuidados paliativos é, assim, um aspeto essencial e imprescindível”. Para uma prestação efetiva de cuidados paliativos de qualidade é imprescindível ter por base quatro vertentes, que devem ser encaradas numa perspetiva de igual valor. São eles: *controlo sintomático*, pois é imprescindível saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretamente sobre o bem-estar / qualidade de vida da pessoa doente; *comunicação*, que tem que ser transversal e adequada à pessoa doente/ família e equipa multidisciplinar, de forma a permitir o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica, empática e honesta; *apoio à família*, a tríade equipa/ cliente/ família é a essência dos cuidados paliativos. É necessário avaliar as necessidades e 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, integral e globalmente, às diferentes necessidades da pessoa doente e sua família (Neto, 2010).

A prestação de cuidados paliativos de qualidade é uma obrigação de todos os profissionais de saúde, e tem como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida possível ao cliente e sua família, tendo por base uma comunicação adequada e uma resposta efetiva às necessidades dos mesmos, com vista à manutenção da sua dignidade. Assim sendo, a definição de *critérios de qualidade* revela-se ser de enorme importância para a garantia e controlo da mesma. Como tal, os critérios de qualidade contemplam três componentes processuais, nomeadamente: “Cuidados ao doente e família; Trabalho em equipa; Avaliação e melhoria da qualidade” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), 2006, p.3).

Só assim se vê reconhecida a dignidade da pessoa humana, que se baseia na natureza da pessoa humana, compreendendo manifestações de racionalidade, de finalidade e de liberdade. Em Portugal, o direito à defesa da dignidade da pessoa humana encontra-se descrito no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa. Da mesma forma, as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana,” como prescreve o n.º 1 do artigo 78.º do EOE. Ainda segundo a Lei n.º 52/ 2012, de 5 de Setembro, na Base III do n.º 2, “os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.”

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), e Pereira (2014) referem que os cuidados paliativos devem ser instituídos numa fase mais precoce da doença, não sendo exclusivos da fase terminal, assentando desta forma os cuidados paliativos na lógica de apoio e cuidados complementares juntamente com os cuidados curativos. Estamos então mediante uma introdução gradual, diacrónica e complementar dos cuidados paliativos juntamente com os cuidados curativos, sendo que à medida que a doença avança e os sintomas se exacerbam, existe um investimento cada vez maior dos cuidados paliativos, sendo que “não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber estes cuidados. A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção de cuidados paliativos” (APCP, 2006, p. 4).

Torna-se assim clara a necessidade de abolir a visão dicotómica de cuidados curativos/ cuidados paliativos, pois esta noção de cuidados não é a mais ajustada às necessidades do doente e sua família, devendo antes ser encarada como uma transição lenta e progressiva, existindo uma colaboração/ articulação entre os cuidados curativos e os paliativos. Porém, deve estar bem patente que ainda que a cura já não seja possível, deverá existir investimento médico e de outros profissionais, contudo, este investimento não nos remete para terapêutica agressiva, mas sim medidas que visem a promoção do conforto e bem-estar do doente, indo ao encontro das suas necessidades reais, independentemente da fase em que o doente se encontre. Ou seja, a necessidade de cuidados paliativos tem por base um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento de uma doença e não pela especificidade de um diagnóstico (Neto, 2010).

O mesmo reitera Pereira (2010), ao referir que os cuidados paliativos se dirigem prioritariamente às pessoas em fim de vida, devendo, no entanto, ser constituídos antes dessa fase, num sentido mais abrangente, enquanto medidas de prevenção e alívio de sofrimento. Considero, mediante o supramencionado, **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Foi fundamentada nestes pressupostos que **desenvolvi competências técnicas, científicas, éticas e relacionais especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidar ao cliente em fim de vida e sua família na Unidade de Cuidados Paliativos**, tendo sido este o objetivo **geral** delineado para este estágio.

Os estágios têm por base a construção pessoal decorrente do saber profissional, contextualizado, subsidiando-se dos saberes disciplinares (Alarcão & Rua, 2005).

A minha opção por este campo de estágio deve-se ao facto de ser uma referência nesta área, com profissionais peritos nesta filosofia de cuidar, dedicados, que assumem o compromisso de promover a autonomia, respeitando a dignidade do cliente através de um ambiente de respeito, honestidade, conforto e envolvimento familiar, promovendo/ capacitando a integração da família no processo de cuidar, não esquecendo igualmente que são profissionais habilitados para a prestação destes cuidados que exige uma grande mestria quer relacional, quer humana, além de toda a competência científica e técnica, que é notória.

O serviço de Cuidados Continuados e Paliativos situa-se no 4.º piso, comporta 48 clientes, sendo o *case mix* de cuidados paliativos, continuados e clientes do foro médico e cirúrgico.

A maior parte dos clientes possui idade superior a 60 anos, contudo, também comporta idades mais jovens, que provêm de outros serviços do mesmo hospital, nomeadamente do serviço de Atendimento Médico Permanente, entre outros, por referência direta à Unidade, de forma voluntária, por transferência de outras unidades hospitalares, inclusive das ilhas, ou provenientes do domicílio. Permanecem por norma no serviço de cuidados paliativos numa média de 20/30 dias, e a prevalência de diagnósticos situa-se ao nível de 44,3% de doentes não oncológicos, sendo aproximadamente 36% demências, 8,2 % acidentes vasculares cerebrais e 21% insuficiência de algum órgão. Cerca de 55% dos clientes oncológicos tem alta para o seu domicílio.

Fisicamente, este serviço é composto por 48 camas, sendo que 14 se destinam exclusivamente aos cuidados paliativos, podendo, no entanto, ocupar mais camas em caso de necessidade, pois estes são os cuidados de maior referência no serviço. Possui ainda uma sala de estar, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, duas salas de registos com terminais informáticos, uma sala de tratamentos, uma sala de banho assistido, duas zonas de sujos, serviços administrativos, salas de armazenamento de terapêutica e de consumo clínico, duas salas de estar, uma sala de atividades lúdicas e uma sala de equipamentos.

A equipa de enfermagem é constituída por 27 elementos a tempo inteiro, sendo que desses elementos uma é enfermeira coordenadora do serviço e outra é o elemento responsável. Aproximadamente 50% equipa de enfermagem possui formação avançada em Cuidados Paliativos.

A formação estende-se além da equipa de enfermagem também aos assistentes operacionais, pois estes recebem formação ao nível da comunicação/ morte, situações de como fornecer apoio, entre outras, e trabalham sempre em articulação com a equipa de enfermagem 1 enfermeiro, mais 1 assistente operacional para 5/6 doentes no turno da manhã, mais ou menos 7 doentes no turno da tarde e 9/10 doentes no turno da noite. Existem também no serviço Voluntários, com formação em cuidados paliativos, sendo esta formação facultada gratuitamente pelo Hospital no mês de outubro.

O método de trabalho é o método responsável por turno. A restante equipa multidisciplinar é composta por 2 médicos a tempo inteiro, mais 2 médicos em acumulações de funções, uma psicóloga, terapeutas (terapia ocupacional, da fala e fisioterapia), assistentes operacionais, administrativas e um padre. É efetuada uma reunião de equipa interdisciplinar às terças-feiras, por volta das 14:30, com a presença, além da equipa médica e de enfermagem presente naquele dia, de um farmacêutico e uma dietista. Nesta reunião o enfermeiro possui voz ativa na discussão dos casos, e é apresentado ainda um *journal club*, onde se analisam/ discutem artigos que se consideram relevantes para uma prestação de cuidados baseados na evidência. É de referir que tive oportunidade de assistir, tem sido uma mais-valia para um conhecimento mais profundo, específico e direcionado de determinados casos clínicos, cujo conhecimento na íntegra seria mais complicado de outra forma.

Neste sentido, *propus-me desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida e sua família visando a sua dignidade, e transversalmente qualidade e segurança dos cuidados*, sendo este um dos meus objetivos específicos. Uma vez que compete ao enfermeiro especialista, detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, assumir, entre outras competências comuns, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, Regulamento n.º122/2011).

Na fase final da vida são várias as ameaças à manutenção/ promoção da dignidade da pessoa, nomeadamente a própria doença avançada e o declínio físico e funcional à consciencialização da morte, o que implica a promoção de novos desafios psicológicos, sociais e espirituais, pois cuidar em fim de vida baseia-se num cuidar holístico, visando cuidados de conforto no sentido da diminuição do sofrimento do cliente.

Um dos deveres enquanto profissionais de saúde passa pela promoção da esperança no cliente em fim de vida, sendo um dos direitos fundamentais deste tal como nos refere a Carta dos Direitos do Doente.

Enquanto pessoas, somos seres vulneráveis pela nossa finitude, ainda que desigualmente vulneráveis. A dignidade assenta em três pilares, designadamente na Autonomia, Igualdade e Alteridade. Autonomia no sentido em que o cliente tem direito ao consentimento livre e esclarecido, ou seja, é dada abertura ao cliente para expor as suas dúvidas, e só assim o consentimento faz sentido. Contudo, deve igualmente ser respeitada a vontade do mesmo caso não queira ter direito à informação, no entanto, devem ser dados ao mesmo os elementos necessários para ele decidir por si só, quando tem capacidade para tal. Esta autonomia impõe responsabilidade ao outro na medida de o responsabilizar pelas suas obrigações.

O sistema jurídico tem evoluído no sentido de assegurar este direito, mobilizando recursos legais que visam atender à vontade do cliente quando não o puder fazer conscientemente, como é o caso das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde, designadamente sobre a forma de Testamento Vital, que se encontra legislada na Lei n.º25/2012, de 16 de julho, atualizada pelo Ministério da Saúde na portaria n.º96/2014, de 5 de maio, onde se regulamenta o funcionamento da organização e o funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital.

A dignidade em fim de vida passa pelo reconhecimento do que o cliente quer. Trata-se de averiguar como o mesmo encara a sua própria vida e isso irá ser determinante para o seu percurso; trata-se de atribuir valor ao seu modo de viver, pois mediante a averiguação das necessidades e vontades compete-nos cuidar do cliente de uma forma igual, uma vez que estes são iguais em direitos e dignidade, contudo, de uma forma singular, particular, atendendo ao que estes realmente precisam, tendo em conta as suas necessidades, dando respostas humanas aos processos de saúde/ doença, ou seja, passa por um ajuste de estratégias ao cliente, pois não existe nada mais injusto do que tratar todos de igual modo, e desse modo não seria justiça, pois esta consiste em dar a cada um o que lhe é devido, sendo que não é igual para todos.

Torna-se imperativo o reconhecimento da dignidade humana num reconhecimento da pessoa como um ser moral, dotado de uma dignidade absoluta, assentando as intervenções do enfermeiro não só no respeito dos valores humanos, mas também no respeito por todas as outras opções (políticas, religiosas, morais), criando-se assim condições para que a pessoa exerça os seus direitos (Nunes, 2006).

Conferimos dignidade ao outro na medida como “Eu” me apresento, me comporto; precisamos do “Outro” para reconhecimento do “Eu” enquanto pessoa, ou seja, através do desenvolvimento pessoal com o “Outro” reside o reconhecimento da sua dignidade, e este reconhecimento não é mais que a alteridade (Nunes, 2006).

Tal como nos refere Capelas (2014, p.44), “é suposto que os cuidados paliativos sejam prestados, de uma forma respeitosa, aberta e sensível aos valores, crenças, cultura, religião, práticas e leis de cada área, região ou país”.

Com o decorrer do estágio, fiquei responsável pela **gestão dos cuidados aos clientes** que me foram atribuídos, planeando, implementado e avaliando o resultado das minhas intervenções, com recurso a uma **metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente em fim de vida**. A minha atuação ao nível da prestação de cuidados ao cliente em fim de vida e sua família visou a mobilização de competências já adquiridas, resultando de um saber e querer agir e, tal como refere Serrano *et al.* (2011), indo ao encontro do reconhecimento das verdadeiras necessidades da pessoa e sua família, observando direta e indiretamente toda a sua dinâmica, na tentativa de extrair alguma informação relevante. Para Pacheco (2014, p.XI), “cuidar sob uma perspectiva ética é abrir-se e tornar-se receptivo às necessidades de quem é cuidado, mas não deixando de atender a quem cuida, familiares, na partilha de uma finalidade comum: o bem-estar holístico da pessoa”.

Somente após este nosso dar ao “Outro”, este disponibilizar para confortar, ouvir através das palavras, dos gestos, do silêncio do olhar, do toque, é que conseguimos estar

verdadeiramente aptos e conhecedores das suas verdadeiras necessidades. Estes momentos de partilha com o cliente e sua família são fundamentais, e quanto mais cedo essa partilha acontecer mais a nossa atuação vai ao encontro da vontade, da necessidade do cliente.

Pude constatar que realmente o fator tempo é muito importante e todos os momentos devem ser aproveitados para explorar medos, receios, dúvidas e expectativas cliente, pois numa situação de fim de vida, o tempo torna-se muito escasso e incerto, na medida em que todos os minutos contam, pois a capacidade de discernimento vai-se perdendo à medida que o tempo avança.

Conhecer o doente é um pré requisito fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de elevado valor humano; “conhecer o doente torna-se assim intimamente ligado ao cuidar, ao conforto e ao trabalho emocional” (Magalhães, 2009, p.94).

Salienta Ribeiro (2012, p.345) que “o cuidado que conforta define-se como um processo social, multicontextual, integrador, individualizado e subjectivo, que lida com múltiplas variáveis dinâmicas e assume uma lógica de compromisso, intencionalidade e mutualidade na continuidade, assente num modelo integral de acompanhamento do doente”.

No cuidar do cliente em fim de vida, torna-se premente a determinação de objetivos que visem “a promoção do conforto do paciente e da sua família”, sendo estes considerados a unidade a tratar, e esta a base para a construção dos planos terapêuticos a instituir, identificando objetivamente o cuidador de referência (Neto, 2010, p.61). Ainda segundo a mesma autora, as “bases de intervenção” nos doentes em cuidados paliativos comportam 5 áreas, nomeadamente na “ oferta de cuidados globais”, ou seja, abarcando os aspetos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais.

No decorrer do estágio pude efetivamente atuar ao nível destes aspetos, nomeadamente prestando apoio emocional ao cliente e sua família através de pontos de situação e de conferências familiares, onde eram exploradas as dúvidas e os receios do cliente e sua família, objetivados planos terapêuticos, aferidas expectativas, entre outras. Ao nível espiritual, ao cliente que manifestasse interesse e desejo, era então agendada a visita no caso particular do capelão. Já ao nível físico, vem-me à memória uma cliente que gostava de massagens, e recordo-me que a forma de a confortar, apaziguar a sua dor e desviar um pouco o seu pensamento era através da massagem e da música, onde pude igualmente intervir.

A sociedade cada vez mais reconhece o valor terapêutico da massagem, não só ao nível do relaxamento, constatando-se enquadramentos clínicos cada vez mais criteriosos no âmbito do controlo da dor (Folhas *et al.*, 2007).

Quanto à área “unidade de cuidados”, a mesma tem por objetivo a inclusão e participação da família nos cuidados, mas também a sua consideração como parte integrante dos mesmos, pois são a unidade a cuidar, e isso foi bem patente ao longo do estágio. Deste modo, reporto-me a uma família disfuncional em que o único apoio da filha era a mãe que brevemente iria perder, e a sua relação com o pai era “disfuncional”. Recordo numa das visitas que surgiu um episódio de violência por parte do pai à filha, relativamente ao qual o nosso alvo foi averiguar com a filha o motivo de tal agressão, qual a verdadeira relação com o pai/ mãe, quais os apoios que estava a

receber, referindo que caso necessitasse de ajuda poderia recorrer à equipa. Nesta intervenção fica bem patente a preocupação constante quanto às diferentes necessidades da família, e considero ter **abordado questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família**, bem como desenvolvido a **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**.

Mediante a área “promoção da dignidade e autonomia do doente”, esta é que deve ditar as decisões terapêuticas, uma vez que “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”, como prescreve o n.º 1 do artigo 78.º do EOE. E ainda, “os cuidados paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana”, como reitera o n.º 2 da Lei n.º 52/ 2012, de 5 de setembro, na Base III. Assim sendo, toda a minha intervenção pautou-se pela defesa da dignidade da pessoa humana, uma vez que a dignidade advém da condição humana.

O modelo de Chochinov *et al.* (2006) evidencia como os doentes em fim de vida vivenciam uma diminuição da sua dignidade e por sua vez fornece orientações sobre como construir intervenções que aumentam a sua dignidade. Pode ser considerado um mapa terapêutico, pelo qual orienta os profissionais de saúde nas intervenções/ estratégias com base nos temas encontrados no modelo. A conservação da dignidade é composta por dois temas principais: “perspetivas da conservação da dignidade” (consiste na continuidade do próprio, na preservação de papéis, autonomia, controlo, resiliência); e “práticas de conservação da dignidade” nomeadamente, “viver o momento” sem pensar no futuro. Quanto a esta prática, tentei que o cliente expectasse objetivos reais, passíveis de serem atingidos, que expressassem o seu desejo. Se era, por exemplo, conseguirem ainda ir a casa, apercebi-me de que não era uma vontade tão frequente quanto pensava que seria, talvez por o sentimento de perda e angústia se intensificar, ou então por não quererem que vissem a fragilidade em que se tornaram, querendo a todo custo conservar a sua imagem; tudo é legítimo, e a nós compete-nos realmente perceber qual a vontade real do cliente, quais os seus últimos desejos, de modo a não aumentar a sua dor, o seu sofrimento.

“Manter a normalidade”, ou que exerçam rotinas habituais, horários, enquanto lidam com os desafios físicos e emocionais: relativamente a esta prática, foi sempre uma preocupação ao longo do turno ir ao encontro das vontades do cliente, por exemplo, ao otimizar a temperatura do quarto de forma a ficar o mais confortável possível, ao usar os produtos de higiene do próprio, ao colocar a música que queriam durante o banho e, posteriormente, o programa preferido, ao pedir o lanche ou o pequeno-almoço que mais lhes agradava ou apetecia.

Tomando a iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas, recordo uma cliente que cuidava bastante do seu aspeto físico, e sabíamos que proporcionar-lhe uma tarde com esse intuito seria bastante agradável para a mesma, tendo sido então chamada a sua esteticista, tendo a cliente ficado bastante emocionada, contudo mais calma, menos ansiosa, e acima de tudo com a auto-estima mais elevada. Para nós, foi bastante gratificante constatar que estes pequenos gestos fazem a diferença. No caso dos clientes sob sedação, todos estes

cuidados foram tidos em consideração, de acordo com a vontade anteriormente expressa pelos mesmos ou pela família, que melhor que ninguém conhece os seus desejos, gostos e vontades. “O simples ato de ouvir música pode produzir mudanças positivas no humor, restaurar a paz e o equilíbrio emocional, proporcionar relaxamento e facilitar a expressão de sentimentos, tais como: tristeza, raiva e luto” (Seki & Galheigo, 2010, p.278).

Também, “*Em busca do conforto espiritual*”, encontrando consolo no seu sistema religioso, realmente houve clientes e familiares que manifestaram essa vontade, tendo-se agendado a ida do capelão à unidade (Chochinov *et al.*, 2006, p.93).

Ainda relativamente a uma outra área de intervenção, que compreende a “conceção terapêutica ativa”, esta remete-nos para uma atitude reabilitadora, desmarcando-se do “não há mais nada a fazer por si”, pois pode não existir ao nível curativo, mas existe, e muito, ao nível da ação paliativa, sendo esta considerada, segundo a Direção Geral da Saúde (2005, p.10), como “qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução”.

A este nível situa-se o controlo de sintomas, não sendo por acaso um dos pilares dos cuidados paliativos, uma vez que é considerado como prioritário para a pessoa doente e sua família, e de importância maior para alcançar o bem-estar da pessoa doente em fim de vida, pois um controlo inadequado agrava a progressão da doença e exacerba o sofrimento (Neto, 2010).

A avaliação do controlo sintomático deve obedecer a cinco princípios gerais: “avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que um doente se queixe; adoptar uma estratégia terapêutica mista; monitorizar os sintomas” (Neto, 2010, p.64-65).

Para uma avaliação mais fidedigna dos sintomas, recorre-se à aplicação de escalas, nomeadamente à Escala de Edmonton Symptom Assessment System, para identificação dos sintomas, para posteriormente sistematizar o seguimento, clarificando os objetivos e validando os resultados das intervenções, de uma forma contínua e interdisciplinar, pois, tal como evidencia Neto (2010, p.66-67), se o “que se pretende conseguir através do controlo sintomático é um maior nível de conforto, é fundamental que este seja monitorizado, recorrendo-se às chamadas constantes de conforto: 1) Presença de sintomas; 2) Qualidade do sono; 3) Bem-estar psicológico”.

Afirma Twycross (2001) que o profissional deve questionar a pessoa com bastante regularidade, de modo a não desvalorizar determinado sintoma, como xerostomia, anorexia, prurido, dor. Quanto a esta última, a sua avaliação e monitorização deve ser uma constante e um princípio a respeitar, no sentido de se assegurar um adequado controlo da mesma, sendo um direito do cliente e um dever dos profissionais de saúde, daí a Direção Geral da Saúde considerar a dor como o 5.º sinal vital, preconizando como norma de boa prática que a intensidade e localização sejam sistematicamente valorizadas e registadas, tendo sido uma das áreas bastante valorizadas por mim. Penso ter **demonstrado capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, assim como considero ter **desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**.

As intervenções de enfermagem ao cliente com dor devem incluir uma avaliação, um controlo e ensino ao cliente e sua família. Neste sentido, sempre que se preveja a ocorrência de dor ou aquando da avaliação do cliente este evidencie a sua presença, o enfermeiro deve intervir na promoção de cuidados que a eliminem ou a reduza para níveis tolerados pelo cliente, não só recorrendo a medidas farmacológicas (através de fármacos opióides, não opióides e adjuvantes) mas também medidas não farmacológicas, nomeadamente a massagem, exercícios de forma a fortalecer os músculos, posicionamentos e a distração cognitiva. Esta última, notei que apenas foi passível de implementar em clientes que apresentavam ainda algum grau de autonomia, na medida em que respondiam ao estímulo que lhes era pedido, ou seja, focar a sua atenção, emoções, em imagens positivas, que não a dor, tentar de alguma forma transportá-los para uma dimensão mais apaziguadora.

De acordo com Pereira (2010, p.72), “ a maior parte dos doentes com cancro tem mais de um tipo de dor e de uma síndrome”. A grande maioria dos clientes com dor oncológica irá sentir dor permanente, com variações ao nível da localização e intensidade, sendo que a dor não controlada causa ansiedade e depressão, enquanto a ansiedade e a depressão agravam a dor. O impacto da condição psicológica e espiritual na experiência da dor não deve ser subvalorizado, pelo contrário, deve ser sempre explorado, nomeadamente em contexto de dor intratável, pois infelizmente é extremamente difícil distinguir entre uma dor de origem física e psicológica.

Tal como menciona Saunders (2013), a dor não é só física e social, é também emocional, sendo que esta pode ser mais difícil de tratar. Twycross (2001) expõe que devido à natureza multidimensional da dor, pois esta engloba os aspetos físico, psicológico, social e espiritual do sofrimento, torna-se útil pensar em “*dor total*”.

Assim sendo, “a gestão ideal da dor oncológica requer avaliação extensiva, a determinação e implementação de um plano individualizado de gestão que se apoia em alguns princípios básicos, reavaliação e contínua modificação para responder às mudanças nas necessidades” (Pereira, 2010, p.108). Devem ainda ter-se em consideração os princípios básicos para o tratamento da dor, nomeadamente, pela boca, pelo relógio, pela escada, e com recurso aos adjuvantes.

Revelou-se de grande importância a formação “Dignidade em fim de vida”, que se realizou no Centro Hospitalar de Setúbal, no dia 9/10/2014, (ANEXO II), tal como o simpósio no Hospital da Luz, cujo tema se intitulava “ O Apoio à família em cuidados paliativos”, decorrente da comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, no dia 16/10/2014, (ANEXO III). Foram duas experiências bastante enriquecedoras, que se revelaram verdadeiros ganhos para mim, tendo sido de enorme importância na minha aquisição de competências. Tal como refere Serrano et al. (2011, p.23), “o contexto é determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões, factor a considerar”. Mantive assim, de **forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

Desenvolver competências comunicacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa doente em fim de vida e sua família, para otimização de uma relação terapêutica, foi outro dos objetivos específicos por mim delineados.

O estabelecimento de uma comunicação empática é uma obrigação ética e moral da equipa de cuidados paliativos, sendo a implementação da mesma uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento inerente à doença terminal (Querido *et al.*, 2010).

Segundo Phaneuf (2005), é através da comunicação que a enfermeira conhece a personalidade da pessoa, o seu meio envolvente, as suas preocupações e aspirações futuras; é a principal ferramenta terapêutica da qual a enfermeira dispõe, e esta ganha relevo quando é reconhecida como a chave para atender com dignidade a pessoa. Deste modo, considero que deve ser sempre dotada de grande intencionalidade e com objetivos bastante definidos, quer seja comunicar um aspeto mais “simples”, face ao cliente em questão, quer seja averiguar as necessidades reais da família.

Ser detentor de boas capacidades de comunicação é pré-requisito fundamental em cuidados paliativos, na medida em que a comunicação se refere à interação entre o enfermeiro, doente e sua família/ pessoa significativa, mas também entre os diferentes profissionais de saúde (Capelas, 2014).

A comunicação é considerada como outra das pedras basilares dos cuidados paliativos, pois esta constitui um “intercâmbio de informação dinâmico e multidirecional”. O valor da comunicação realça, quando existe uma consciencialização de que esta é a chave para aceitar e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa (Querido *et al.*, 2010, p.462).

O modo como nos apresentamos, comunicamos, não obedece a nenhum padrão, o principal é apreender o outro como único, tendo em consideração as suas vivências, o seu contexto sociocultural e espiritual, adaptando a comunicação ao cliente, tendo em conta toda a sua dimensão.

A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, é uma troca, uma partilha de sentimentos, emoções entre pessoas, e transmite-se de uma maneira consciente ou inconsciente. Desta apreensão e interação com o outro consegue-se identificar e compreender as intenções, sentimentos e emoções sentidas pelo mesmo, estabelecendo ao mesmo tempo laços significativos. Relembro-me que quando abordava determinado cliente, era visível muitas vezes a fuga a determinados temas mais sensíveis, o olhar desviava/ baixava, a voz tremia, os gestos intensificavam-se, e para mim isso bastava para dar a volta à questão, e redirecionar a conversa, pois a angústia e o sofrimento estava bem estampados no seu rosto, nos seus gestos. Phaneuf (2005, p.26) vai ao encontro do referido, uma vez que “a linguagem do corpo fala por nós, e mesmo quando não queremos revelar, ela trai-nos.”

A comunicação terapêutica tem como objetivo capacitar o cliente e a sua família a adaptar-se a uma nova situação, no caso ajudar a ultrapassar uma transição, nomeadamente saúde/doença, tal como preconiza Meleis (2010). Neste sentido, foi uma preocupação minha ter bem presente os fatores facilitadores da mesma, ou seja, “estar atento e disponível”, comunicando com os mesmos ou então estando apenas disponível, como foi o caso de uma situação pontual na

qual a cliente se encontrava bastante ansiosa, referindo ter medo, que associei ao aproximar da noite; contudo, o facto da minha simples presença foi o suficiente para ficar mais tranquila/ serena. O “respeitar o silêncio”, dado que muitas vezes este silêncio pode ser encorajador do cliente falar, ou então permite uma reorganização de pensamento; manter a “atitude de recetividade”, na medida em que se dá a conhecer ao outro o quanto estamos disponíveis, demonstra respeito pelo cliente; “atitudes de partilha” - estas foram igualmente uma constante, através de pequenos esclarecimentos com o cliente em fim de vida, pontos de situação, conferências familiares: esta partilha permitia desmistificar ideias, conceitos, clarificar planos, objetivar e redirecionar cuidados. As conferências familiares permitem não só valorizar o trabalho desenvolvido pela família, mas também avaliar o impacto da doença na mesma (Guarda *et al.*, 2010).

Ainda de acordo com estudos realizados, constatou-se que as conferências familiares tinham como principal objetivo permitir que os familiares pudessem exprimir os seus sentimentos, identificar os cuidadores e discutir o plano de cuidados (Rhondali *et al.*, 2014).

A “escuta ativa”, na medida em que não basta apenas ouvir as palavras, importa sim indagar muito para além do proferido e a “empatia”: este, penso que será, a meu ver, das mais difíceis de desenvolver na íntegra, na medida em que é difícil não nos deixarmos afetar pelas situações menos positivas, e acabamos inconscientemente além de compreender as dificuldades e angústias, vivenciar as suas emoções, não sendo de todo o que se pretende.

Na opinião de Magalhães (2009, p.95), empatia “significa ver o mundo tal como os outros o vêem; ter uma atitude livre de crítica; ser capaz de compreender os sentimentos dos outros; ser capaz de comunicar essa compreensão”. Do mesmo modo, o enfermeiro apresenta dificuldade em comunicar más notícias, e eu incluo-me nesse grupo, pois são sempre situações de grande tensão, dor, medo, angústia e revolta, uma vez que são informações que mudam desagradável e radicalmente a visão que o cliente tem relativamente ao seu futuro, e a partir daquele instante uma série de objetivos/ sonhos podem desmoronar. No fundo, é o que Twycross (2001, p.41) esclarece quando refere que “a questão não reside tanto em dizer ou não dizer, mas sim em quando e como dizer.”

O mesmo autor defende ainda que dar as notícias em conjunto com a família, salvo vontade contrária expressa pelo cliente, evita dificuldades e desconfianças, permitindo ainda o apoio mútuo. A notícia deve ser dada de uma forma gradual, clara e objetiva, tendo em conta a personalidade do cliente, a sua compreensão e a sua vontade e necessidade de saber; essa informação deve ser dada sem que lhes retire a esperança, pois esta é um direito fundamental do cliente em fim de vida, e um dever nosso promovê-la. Deste modo, **tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

Baile & Buckman *et al.* (2000), desenvolveram um protocolo de ação para a transmissão de más notícias, descrevendo considerações importantes para ajudar o alívio da angústia e do sofrimento tanto para o cliente como para a sua família. O protocolo SPIKES é constituído por seis passos, sendo que cada letra representa uma fase da sequência: *Setting up the interview*, ou seja consiste em preparar o ambiente, sendo que este visa a escolha de um local calmo e acolhedor,

proporcionando privacidade aos mesmos; *Perception*, que visa averiguar quais as preocupações existentes face à situação clínica, e em perceber qual a percepção real relativamente à situação, em saber concretamente o que o cliente e a família sabem; *“Invitation”*, que tem por base descobrir o que realmente desejam saber; *Knowledge*, que é o ponto alto desta ação, no sentido em que é fornecida adequadamente a informação face à gravidade da situação e ao plano terapêutico, devendo ser transmitida de uma forma gradual e honesta; *Emotions*, que consiste em reconhecer as emoções do cliente e sua família e responder de uma forma adequada; *Strategy*, que é a ação final deste protocolo e consiste na elaboração de um resumo de toda a informação dada, numa linguagem perceptível, fazendo ao mesmo tempo um plano estratégico de intervenção de modo a minimizar a ansiedade que possam estar a vivenciar. O recurso a este protocolo revela que **avalei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.**

É verdade que para o profissional também não é uma situação fácil, pois provoca igualmente ansiedade e desconforto, contudo, não se deve deixar transparecer, deve adotar-se uma linguagem corporal adequada, mantendo o contato visual, podendo mesmo recorrer-se ao toque, demonstrando empatia e respeito, ouvindo todas as dúvidas e preocupações de uma forma calma e atenta. Neste sentido, ao longo deste estágio pude socorrer-me deste protocolo, contudo, os visados apenas foram os familiares, e foi implementado através de conferências familiares e alguns pontos de situação. Foram sempre momentos de grande tensão, pois apesar de todas as condições reunidas, o facto de estarem bastante conscientes do aproximar da hora tornava aqueles momentos de transmissão de notícias momentos de escape para os familiares, uma vez que aproveitavam para de alguma forma descarregar, libertar toda a angústia e dor que detinham, a qual não demonstravam ao seu familiar, daí que serviam também como momentos de algum “relaxamento” para os mesmos, pois ali não necessitavam de mascarar a dor que tão bem se refletia nos seus rostos e atitudes.

Confesso que foram situações bastante difíceis de gerir, mas permitiram-me **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, tendo-me relacionado de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.**

Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem identificando as intervenções de enfermagem dirigidas à família do cliente em fim de vida quando da tomada de decisão para sedação paliativa foi o meu último objetivo específico planeado para este estágio.

A construção deste objetivo vai também de encontro ao domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente o artigo 6.º, relativo às “competências do domínio da melhoria contínua da qualidade”. Importa referir que se entende “domínio de competências” como sendo uma esfera de ação que concebe um conjunto de competências com fio condutor semelhante (OE, 2010).

Neste sentido, importa destacar a preocupação pela melhoria dos cuidados, daí desenvolver um tema que trouxesse ganhos em saúde, não só ao nível do local onde realizei o meu estágio, mas também ao transpor para o meu local de trabalho, identificando assim oportunidades e estratégias de melhoria de cuidados, especificamente ao nível das intervenções de enfermagem dirigidas à família, **zelando pelos cuidados prestados, e identificando as necessidades formativas.**

A opção por este tema deve-se ao facto de na minha prática profissional prestar cuidados de enfermagem a clientes em fim de vida, concretamente os submetidos a transplante, muitos deles jovens, que se encontram num profundo sofrimento, e que tudo fazem para manter viva a esperança da saída do quarto de isolamento para o conforto das suas casas. Contudo, muitas vezes não é possível devido ao agravamento da sua doença e ao declínio físico em que se encontram, vivendo dias de verdadeira angústia, em que se intensifica a percepção de dificuldade respiratória e a consciencialização do seu agravamento instala-se, ficando cada vez mais ansiosos, tal como os seus familiares. Estes, por sua vez, sozinhos e desamparados durante o internamento, pois a maior parte é da região Norte, Ilhas e alguns da região Sul, acompanham e vivenciam o sofrimento dos seus filhos, com a sensação de impotência, descurando muitas vezes a sua própria saúde. Ainda que muitas vezes lhes seja explicado o porquê de sedar o seu familiar, assim como ao cliente em questão, considero que existe muito mais a fazer e a explorar, daí a pertinência deste tema.

Pois ambos encontram-se a vivenciar processos de transição, ainda que distintos, uma vez que as transições são despoletadas por uma mudança do estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades, devido à interação da pessoa com o ambiente, neste sentido o enfermeiro deverá responder às necessidades, não só da pessoa, mas também às da família e pessoas significativas, tendo em atenção todos os aspetos que a rodeiam, numa verdadeira visão holística (Meleis, 2010).

Formulando e analisando questões/ problemas de maior complexidade, de uma forma autónoma, sistemática e crítica, noto que muitas vezes não é dirigida a atenção necessária à família de clientes sob sedação paliativa, pois apenas se debruçam sobre as intervenções de enfermagem ao cliente, contudo, sempre me fez refletir que determinadas práticas deveriam ser melhoradas e implementadas igualmente na família, pois não existe muitas vezes grande suporte familiar, e se não damos o contributo devido, tornam-se dias/ semanas de verdadeiro sofrimento/ descrença para essas famílias, em que é notório todo o sofrimento.

O tema sobre a sedação paliativa era do interesse geral, e meu em particular, pois a equipa, tal como a enfermeira coordenadora, concordaram que seria bastante pertinente e adequado o desenvolvimento e aprofundamento do mesmo, de modo ao maior esclarecimento dos profissionais quanto aos critérios a atender na implementação da sedação paliativa ao cliente em fim de vida, assim como identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à família do cliente em fim de vida aquando da tomada de decisão para sedação paliativa.

A sedação paliativa visa uma diminuição da consciência a uma pessoa em fim de vida quando o controlo e alívio de sintomas refratários se revela ineficaz e o doente não responde a todas as outras medidas disponíveis para esse fim (Pereira, 2014).

De salvaguardar, ainda segundo o mesmo autor, que a sedação paliativa se distingue de um modo bastante claro de suicídio assistido e de eutanásia, uma vez que a intencionalidade subjacente ao ato ou à omissão é de cariz bastante distinto.

A *European Association for Palliative Care* considerou em 2009 a sedação paliativa como uma prática importante e necessária ao cuidar de doentes em cuidados paliativos, definindo um quadro de recomendações para a implementação da sedação paliativa, ou seja, é imperativo que todos os profissionais da instituição atendam de uma forma interdisciplinar e multiprofissional, avaliando a história clínica do doente, com base em investigações pertinentes face ao mesmo, exames físicos, avaliação psicológica, estimativas face ao prognóstico do doente, avaliação da capacidade do doente para tomar decisões face aos seus cuidados, ou seja, se este se encontra detentor das suas faculdades mentais, pois caso este evidencie dúvidas face à sua capacidade de decisão, poderá ser requerida a avaliação por um psiquiatra, e após validação da autorização do doente é importante a presença da família aquando da tomada de decisão. Dado a tomada de decisão para sedação paliativa ser marcada de sentimentos de ambivalência na família, se por um lado temos sentimentos de dor e angústia por não saberem se poderão interagir da mesma maneira com o seu familiar, devido à indução da diminuição da consciência, por outro lado sentem-se aliviados, por verem que o seu familiar se encontra mais confortável, sereno e não refém da dor e do sofrimento existencial.

Participando e promovendo investigação em serviço a consecução deste objetivo passou pela realização de uma revisão integrativa da literatura (APÊNDICE IV), em que o objetivo foi o de identificar quais as intervenções de enfermagem descritas na literatura que se tornam cruciais e que contribuem para o cuidar de enfermagem à família do cliente em fim de vida aquando da tomada de decisão para sedação paliativa, reconhecendo o impacto deste acontecimento na família/ pessoa significativa, uma vez que estes acompanham o cliente neste processo de transição. Compreendeu a análise de artigos do período de 2008 a 2014, recorrendo às bases de dados indexadas ao motor de busca da EBSCO, **demonstrando assim um nível aprofundado de conhecimentos, participando promovendo investigação em serviço na área de especialização.**

Demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência, constata-se que intervenções de enfermagem, identificadas, visam principalmente o informar sobre o estado do cliente em fim de vida, envolvendo-o na tomada de decisão no início da sedação paliativa e no cuidado ativo ao cliente em fim de vida, promovendo o ensino no cuidar e ainda no atendimento das necessidades complexas da família, apoiando-a sempre neste processo. Importa ainda referir que existe pouca informação disponível no que diz respeito às intervenções direcionadas para a família, uma vez que focam-se mais no cuidado ao cliente, emergindo assim a necessidade de desenvolver mais estudos, por parte dos enfermeiros,

sobre o conhecimento das necessidades reais das famílias que atravessam estes processos complexos de cuidado aos seus familiares em fim de vida.

Verifiquei igualmente que praticamente todas as intervenções identificadas iam ao encontro do implementado pela equipa de saúde, e tal facto revelou-se útil tanto para a equipa como para mim, na medida em que se objetivou mais especificamente as carências, as necessidades e dúvidas que os familiares mais sentem, pois muitas vezes, ou por desconhecimento dos seus direitos, ou por não quererem ser maçadores, não abordam, não questionam, e não demonstram as suas verdadeiras dúvidas e medos. E ainda que para os profissionais de saúde não sejam situações novas, infelizmente, para cada família, é-o de facto, sendo que a nossa intervenção deve ir ao encontro da especificidade de cada situação, conscientes das necessidades dos mesmos sem que seja necessário os próprios manifestarem-nas; devemos sim antecipar-nos, pois só assim se poderão prestar cuidados de qualidade. Neste sentido, penso ter contribuído para o **desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros**, e considero igualmente ter **demonstrado compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**, da mesma forma que penso ter **gerido e interpretado, de forma adequada, a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada**.

Os resultados da revisão integrativa foram transmitidos à equipa através de uma sessão de formação em serviço, onde descrevi quais as intervenções implementadas, e qual a metodologia utilizada, **promovendo formação em serviço** (APÊNDICE V).

Relativamente ainda à sedação paliativa, como é um tema pelo qual me interessa bastante, efetuei um *poster* onde de uma forma muito sucinta evidenciei os critérios relevantes a considerar na implementação da mesma (APÊNDICE VI).

Saliento a ótima aceitação e interação durante a apresentação dos resultados da revisão integrativa, assim como do *poster* relativamente à sedação paliativa por parte de toda a equipa de enfermagem. O mesmo foi valorizado quando divulgado aos meus colegas de equipa e enfermeira chefe do serviço onde trabalho. Dada a importância dos critérios a atender na implementação da sedação paliativa, e **comunicando aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral**, considerei pertinente apresentar em formato de *poster* os mesmos, na **23.ª Conferência Europeia de Cirurgia Torácica**, uma vez que inclui como um dos temas a desenvolver “Cuidados paliativos à pessoa com cancro do pulmão”, **incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**.

De acordo com Nunes (2006), para a efetivação de uma prática responsável, é imperativo que o enfermeiro argumente, fundamente a sua decisão, juízo, de modo a dar visibilidade à sua autonomia, devendo ainda ser capaz de comunicar, justificar as suas decisões no seio da equipa multidisciplinar e institucional. Assim sendo, **comuniquei os resultados da prática clínica e da investigação aplicada a audiências especializadas**.

O aprofundamento do domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais concretiza-se em competências comuns específicas, e a atestação destas competências clínicas

especializadas certifica que o enfermeiro especialista é detentor de “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica” (OE, 2009, p.10).

Muitas vezes, o papel do formador consiste “ em ajudar os profissionais a reflectir na sua prática para que esta ganhe sentido para eles. Consiste em ajudá-los a identificar a sua zona de liberdade”, ou seja, permite uma prática mais esclarecida, diminuindo assim a ansiedade/ *stress* da incerteza/ dúvida, abrindo caminho à mudança, à autonomia profissional (Hesbeen, 2000, p.140) Assim sendo, considero ter **produzido um discurso pessoal e fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.**

3. CONCLUSÃO

Por me encontrar na reta final deste longo percurso formativo, não só a nível profissional, mas também pessoal, uma vez que esta experiência me proporcionou um maior autoconhecimento, e como em tudo o que faço a minha dedicação é sempre máxima, esta não foi exceção, até porque o meu maior objetivo, aquando do ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, era o de sair, mais fortalecida, capacitada e competente na minha área de especialidade, no sentido de uma prática baseada na evidência científica com vista à qualidade e segurança dos cuidados, sendo que, a prática é em si mesma um modo de se obter conhecimento.

Do mesmo modo que os enfermeiros estão sujeitos ao cumprimento dos seus deveres, estão também munidos de direitos, ou seja, têm não apenas o dever de exercer a profissão com o máximo rigor de conhecimento, destreza, intuição e competência, mas têm reciprocamente o direito a se tornarem competentes, a usufruírem das oportunidades de formação e crescimento de forma a se desenvolverem e a se tornarem ainda mais proficientes. Deste modo, o enfermeiro promove o exercício da profissão ao nível mais elevado dos padrões de qualidade. O enfermeiro age com base no Código Deontológico, assegurando sempre condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, e independentemente das condições, devemos agir em prol da qualidade, recorrendo sempre aos mais elevados níveis de competência. Para se atingir níveis elevados de competência, ela tem de ser promovida e desenvolvida, para tal tendo sido a base da minha orientação o pensamento crítico e reflexivo e a tomada de decisão fundamentada na melhor evidência científica disponível, não descurando os deveres, princípios e valores que integram a deontologia da Enfermagem.

Contudo, a transformação de um enfermeiro de cuidados gerais em enfermeiro especialista é um processo bastante exigente, e não termina com a elaboração do presente relatório, pelo contrário, inicia-se um novo, específico e mais exigente caminho a percorrer. Este permitiu-me concluir uma etapa analítico-reflexiva e crítica sobre as atividades desenvolvidas que me permitiram alcançar os objetivos por mim delineados e os apresentados pelo Plano de Estudos do Curso, objetivos esses que se concretizaram na apropriação de conhecimentos e no desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O enfermeiro especialista desempenha um papel bastante preponderante no seio de uma equipa, na medida em que este é um veículo de mudança, de transmissão de saberes, e um modelo de boas práticas de cuidados, espelhando na sua prestação a melhoria da qualidade dos cuidados, e neste sentido considero aumentado o meu grau de exigência e responsabilidade no seio da mesma.

Nesta fase de concretização do relatório, descrever toda a experiência vivida no decorrer dos dois módulos de estágio (Urgência/ Cuidados Paliativos) não é tarefa fácil, pois foram várias

as situações de dor presenciadas, dificuldades ultrapassadas, vitórias conseguidas, e vários os sorrisos devolvidos, pois apesar de unidades com tão pouco em comum à primeira vista, a filosofia de cuidados, os objetivos, as dinâmicas, as prioridades, os profissionais e o foco de todas as intervenções era invariavelmente o mesmo: a pessoa e sua família em toda a sua multidimensionalidade.

Integrar-me em cada contexto de estágio permitiu-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, mais especificamente à pessoa em situação paliativa e sua família ao nível dos cuidados paliativos, e pessoa em alto risco e sua família em contexto de urgência. Com base na análise crítica e na reflexão diária, consegui delinear um percurso mais consistente, mais seguro, tomando decisões com base na evidência científica, e nunca esquecendo de atender a pessoa e sua família, na vertente holística e de uma forma sistémica e sistemática.

O estágio Módulo I – Serviço de Urgência proporcionou-me desenvolver competências na assistência à pessoa em situação urgente e sua família. Instigou-me à necessidade de aprofundar e adquirir novos conhecimentos científicos, dada a multiplicidade de patologias e exames auxiliares de diagnóstico. O estabelecimento de prioridades face à estabilidade hemodinâmica da pessoa foi outra das capacidades por mim desenvolvidas. Discuti e analisei situações da prática dos enfermeiros que careceram do recurso a competências especializadas de análise ético-deontológica e jurídica, tendo como premissa um agir profissional consciente e responsável dentro dos seus limites de atuação. Sensibilizei ainda os familiares para a importância de determinadas práticas que são essenciais para a redução das infeções, nomeadamente a lavagem e desinfeção das mãos.

Como pontos fortes, em concordância com Benner (2001), aumentou o meu leque de conhecimentos, permitiu-me contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados, e permitiu-me igualmente intervir ao nível da gestão dos mesmos. Possibilitou-me ainda integrar uma equipa de trabalho com a qual estabeleci laços de amizade. Como ponto menos forte, considero apenas curto o período de estágio.

No estágio Módulo III – Cuidados Paliativos, centrei a minha atuação na pessoa em fim de vida, e sua família, focando um pouco mais esta última, uma vez que quando um dos elementos de uma família adoece, não é só um elemento que fica doente mas sim toda a sua família, daí que o cuidar seja transversal a ela, através da identificação das necessidades da mesma, de modo a que possam ser suprimidas, uma vez que estas encontram-se igualmente num processo de transição, na medida em que conhecendo-o e identificando-o, torna-se mais fácil ajudar na adaptação a este novo processo. É igualmente fator decisivo na manutenção da integridade da família a sua inclusão nos cuidados ao seu familiar, tendo sido outro dos aspetos por mim desenvolvido. Deste modo, sensibilizei os enfermeiros quanto à importância das intervenções de enfermagem dirigidas à família da pessoa em fim de vida aquando da tomada de decisão para sedação paliativa. Desenvolvi ainda capacidades ao nível da transmissão de más notícias, identificação e controlo de sinais e sintomas, procurando desenvolver um maior nível de proficiência.













Como pontos fortes deste estágio, destaco uma outra vertente do cuidar, este mais personalizado, mais humanizado; destaco ainda a oportunidade de desenvolver novas técnicas, de poder realizar um trabalho de investigação que era fundamental também para transpor para a minha realidade profissional, de modo a consciencializar os meus pares para uma intervenção mais efetiva, direcionada, personalizada, e necessária à família. Permitiu-me ainda adquirir competências e munir-me de conhecimentos especializados para um poder de argumentação mais fundamentado, no contexto da minha prática, quando confrontada com pessoas em fim de vida. Possibilitou-me despertar mais uma vez para as pequenas coisas da vida, saindo desta experiência de vida, sim, porque não o deixa também de ser, bastante mais fortalecida e com capacidade para fazer uma diferença ainda maior na vida das pessoas com quem estabeleço uma relação de cuidado no meu quotidiano profissional, onde pequenos gestos ou atitudes, por mais insignificantes que nos pareçam, podem fazer uma grande diferença na vida de uma pessoa.
















O confronto com a fragilidade humana: quanto a esta, não sei bem onde a enquadrar, se nos pontos fortes ou menos fortes, pois confesso que foi complicado distanciar um pouco as emoções. Assim, como pontos menos fortes, a minha adaptação foi vivida com alguma angústia por lidar intensivamente com o sofrimento espelhado nos rostos, gestos e palavras da pessoa em fim de vida, mas também da sua família. Contudo, a capacidade com que algumas pessoas lidavam, ou melhor, contornavam a situação fez com que a ideia de morte iminente se dissipasse e me centrasse apenas no “agora”, sendo este agora repleto de momentos de conforto, apaziguamento e felicidade por ainda estarmos vivos e podermos continuar a interagir uns com os outros e extrair o que de melhor o Outro tem para nos oferecer. Ressalvo ainda o fator tempo, uma vez que senti que todo o trabalho foi desenvolvido a “contra relógio”, devendo-se ao facto de conciliar os turnos com o estágio, exigindo mesmo algum esforço redobrado.


















Posto isto, considero sair desta experiência, e iniciar uma nova fase, consciente do desenvolvimento da autonomia, do espírito de iniciativa, da criatividade, da responsabilidade e pensamento crítico-reflexivo, e de que este é um importante meio de capacitação na aquisição de um profundo conhecimento de saberes e práticas. Uma compreensão mais competente da situação, mais aprofundada, leva a um comportamento racional.

















Tal como mencionei inicialmente, **“aqueles que passam por nós não vão sós, deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”**. Eu levo sorrisos, levo olhares carregados de esperança, amor, solidariedade e compaixão. Acredito ter deixado no outro alegria, esperança, conforto, serenidade, pois só acreditando nestas premissas me faz querer ser mais e melhor diariamente, enquanto pessoa e enquanto profissional, tendo por lema diário o de saber ser, saber estar e saber fazer. Não existe uma definição de enfermagem única e igual para todos, uma vez que somos nós que, diariamente, com a nossa criatividade e imaginação a vamos edificando, com base nos nossos princípios morais e valores éticos. Contudo, o objetivo é igual para todos: visa a excelência do cuidar. Neste sentido, torna-se premente refletir na prática, sobre a prática, fomentar a mudança de atitudes e comportamentos, pois só assim poderemos verdadeiramente prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.


















4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (APA)

-  **Adam, E. (1994).** *Ser Enfermeira*. Edições Instituto Piaget, 267p. ISBN: 972-9295-86-7
-  **Alligood, M.R.; Tomey, A.M. (2010).** *Nursing Theorists: And Their Work*. (7ª ed.) Missouri: Mosby, ISBN: 978-0-32305-641-0
-  **Alarcão, I., Rua, M. (2005).** *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e Desenvolvimento de Competências*. Texto Contexto de Enfermagem, 14 (3), 373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
-  **Anquinet, L., Raus, K., Sterckx, S., Smets, T., Deliens, L. & Rietjens, J.A.C. (2013).** *Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study*. Palliative Medicine, 27 (6), 553-561. doi:10.1177-0269216312462272
-  **Anquinet, L., Rietjens, J.A.C., Vandervoort, A., van der Steen, J.T., Stichele, R.V., Deliens, L. & Block, L. V.D. (2013).** *Continuous Deep Sedation Until Death in Nursing Home Residents with Dementia: A Case Series*. Journal of the American Geriatrics Society, 61 (10), 1768- 1776. doi:10.1111/jgs.12447
-  **Arevalo, J.J., Rietjens, J.A., Swart, S.J.; Perez, R.S.G.M. & Heide, A.V.D. (2013).** *Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance*. International Journal of Nursing Studies, 50, 613-621. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004
-  **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006)-** *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP*. 23p. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>
-  **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006).** *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos- Recomendações da APCP*. 21p. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaes-formaoemcp-apcp.pdf>
-  **Baile, W.K., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., Kudelka, A.P. (2000).** *Spikes-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. Oncologist, 5 (4) 302-11
-  **Barbosa, A. (2010).** *Bioética e Cuidados Paliativos*. Manual de Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978- 972- 9349- 22- 5
-  **Barbosa, A.; Neto, I.G. (2010).** *Manual de Cuidados Paliativos*. (2.ª ed.) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5
-  **Basto, M. (2009).** *Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso*. Pensar Enfermagem, 13 (2), 11-18.

-  **Benner, P. (2001)** *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 295p ISBN:972-8535-97-X
-  **Botelho, M. (2010)**. *Editorial*. Pensar Enfermagem, 14 (2), 1p.
-  **Brinkkemper, T., Klinkenberg, M., Deliens, L., Eliel, M., Rietjens, J.A.C., Zuurmond, W.W.A. & Perez R.S.G.M. (2011)**. *Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses*. Journal Of Advanced Nursing, (67 (8), 1719-1728. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05614.x
-  **Broca, P., Ferreira, M. (2012)**. *Equipe de enfermagem e comunicação: contribuição para o cuidado de enfermagem*. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, 65 (1), 97-103. ISSN 0034-7167
-  **Bruce, A. Boston, P. (2011)**. *Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice*. Journal of Advanced Nursing, 67 (12), 2732-2740. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x
-  **Bruinsma, S., Rietjens, J. & Heide, A.V.D. (2013)**. *Palliative sedation: a focus group study on the experiences of relatives*. Journal Of Palliative Medicine, 16 (4), 349-355. doi:10.1089/jpm.2012.0410
-  **Capelas, M.L. (2014)**. *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 295p. ISBN 978-972-54-0408-9
-  **Cerqueira, A.F., Costa, F. G., Leal, F.P. & Nunes, L. (2014)**. *Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. 65p. ISBN: 978-989-98206-2-3
-  **Cherny, N., Radbruch, L. (2009)**. *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. Palliative Medicine, 23 (7), 581-593. doi:10.1177/0269216309107024
-  **Chochinov, H. M. (2006)**. *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care*. CA Cancer Journal for Clinicians, 56, 84-104p.
-  **CIPE® Versão 2 (2011)**. *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 205p ISBN:978-92-95094-35-2
-  **Collière, M. F. (1999)**. *Promover a Vida- Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL- Edições técnicas Lda - 4ª Tiragem, 385p. ISBN: 972-757-109-3
-  **Concelho Internacional dos Enfermeiros (ICN) (2009)**. *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 24p. ISBN da versão Portuguesa: 978-989-96021-6-8
-  **Conselho Internacional de Enfermeiros (2012)**. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros.
-  **Costa, J.S. (2004)**. *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu- 30 anos. 234-251p. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum30/19.pdf>



-  **Deodato, S. (2008).** *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade: Valoração da Sociedade.* Coimbra: Edições Almedina, p. 194. ISBN 978-972-40-3401-0
-  **Dias, C. S. (2010).** *Prevenção da Infeção Nosocomial da Infeção Nosocomial – ponto de vista do especialista.* Revista Portuguesa Medicina Intensiva. 17 (1), 47 – 53
-  **Direção Geral de Saúde (2005).** *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas: Programa nacional de cuidados paliativos.* Lisboa: DGS, 20p. ISBN 972-675-124-1
-  **Doenges, M., Moorhouse, M.F. (2010).** *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem- Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico.* (5ª ed.) Loures: Lusociência, 283p. ISBN: 978-972-8930-57-8
-  **Donabedian, A. (2003).** *An Introduction to Quality Assurance in Health Care.* New York, NY: Oxford University Press, Inc.
-  **Entidade Reguladora da Saúde- Portugal (2009).** *Estudo Sobre os Conceitos de “Serviço de Urgência” e “Serviço de Atendimento Permanente” em Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde Não Públicos.* Porto, 49p. Disponível em: www.ers.pt/uploads/writer_file/document/68/Estudo_sobre_urgencias-SAP_privadas.pdf
-  **Fawcett, J. (2005).** *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation Nursing Models and Theories.* (2ª ed.) Philadelphia: F. A. Davis Company, ISBN: 0-8036-1194-3
-  **Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França, C. & Ferreira, A.C. (2007)** - *Massagem e Relaxamento Para Alívio da Dor Oncológica: Projecto «Bem-estar».* Dor. 15 (1), 37-40.
-  **Garret; J. H. (2013).** *A Collaborative Approach to Targeting Zero Healthcare Associated Infections: A Focus on Hands and Environmental Hygiene: A Patient Safety Perspective.* Educational Article, 4p.
-  **Ghafoor, V.L., Silus, L.S. (2011).** *Developing policy, standard orders, and quality-assurance monitoring for palliative sedation therapy.* American Journal of Health -System Pharmacy, 68, 523-527. doi:10.2146/ajhp090177
-  **Gran S.V., Miller J. (2008).** *Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation.* International Journal Of Palliative Nursing, 14 (11), 532-538
-  **Guarda, H., Galvão, C., Gonçalves, M.J. (2010).** *Apoio à Família.* Manual de Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5
-  **Hesbeen, W. (2000).** *Cuidar no Hospital- Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.* Loures: Lusociência, 201p. ISBN:972-8383-11-8
-  **Hesbeen, W. (2001).** *Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência. 220p. ISBN: 972-8383-20-7
-  **Honoré, B. (2002).** *A Saúde em Projecto.* Loures: Lusociência, 231p. ISBN: 972-8383-31-2
-  **Hospital da Luz (2014).** *Hospital da Luz.* Acesso em Abril 15, 2014. Disponível em: <http://www.hospitaldaluz.pt/pt/institucional/hospital-da-luz/>
-  **Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996).** *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson.








-  **Lacerda, J., Coelho, P. & Alves P. (2014).** *Sedação Paliativa no controlo sintomas refratários: Revisão da Literatura.* Revista de Cuidados Paliativos, 1 (1) p.124
-  **Lawson, M. (2011).** *Palliative Sedation.* Clinical Journal of Oncology Nursing, 15 (6), 589-590. doi: 10.1188/11.CJON.589-590
-  **Magalhães, J.C. (2009)** - *Cuidar em Fim de Vida.* Lisboa: Coisas de Ler,190p. ISBN: 978-989-8218-07-0
-  **Meleis, A.I. (2010).** *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice.* New York: Springer, 641p. ISBN: 9780826105346.
-  **Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P. & Galvão, C.M. (2008).** *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem.* Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, 17 (4) 768-764.
-  **Ministério da Saúde- Portugal (2003).** *Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 72p. ISBN: 972-675-097-0
-  **Nogueira, F.L., Sakata, R.K. (2012).** *Sedação Paliativa do Paciente Terminal.* Revista Brasileira de Anestesiologia. 62 (4), 586-592. doi:10.1590/S0034-70942012000400012
-  **Nunes, L. (2006).** *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem.* Loures: Lusociência, 484p. ISBN: 972-8930-17-8
-  **Nunes, L. (2011).** *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes.* Loures: Lusociência, 303p. ISBN 978-972-8930-67-7
-  **Nunes, L. (2013).** *Competências morais dos profissionais de enfermagem: “Cinco Estrelas” revisitadas.* VII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal, 14p.
-  **Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005).** *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 456p. ISBN 972-99646-0-2
-  **Nunes, R., Rego, G. (2010).** *Parecer N.º P/20/APB/10: Guidelines sobre Sedação em Doentes Terminais.* Associação Portuguesa de Bioética, 8p. Disponível em: http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao_em_doentes_terminais.pdf
-  **Ordem dos Enfermeiros (2001).** *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias-* Parecer do Concelho Jurisdicional n.º 20/2001.
-  **Ordem dos Enfermeiros (2002).** *Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos.* Edição Ordem dos Enfermeiros, 19p.
-  **Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006).** *Tomada de posição sobre segurança do cliente.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros- Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de 2006, 10.
-  **Ordem Dos Enfermeiros (2009).** *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.* Caderno Temático. 46p. Disp. em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

-  **Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010)**- *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 10p.
-  **Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010)**. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 4p.
-  **Organização Mundial de Saúde (2014)**. Site oficial disponível em: <http://www.who.int/en/>
-  **Osswold, W. (2014)**. *Da Vida à Morte: Horizontes da Bioética*. Lisboa: Gradiva. 2014, 251 p. ISBN 978-989-616-564-2
-  **Pacheco, S. (2014)**. *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspectiva ética*. (3ª ed.) Loures: Lusodidata, 153p. ISBN 978-989-80-75-38-3
-  **Pereira, I.C.B.F. (2013)**. *Regresso a casa: Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 248p. ISBN: 978-972-54-0392-1
-  **Pereira, S. M. (2010)**. *Cuidados Paliativos- Confrontar a morte*. Lisboa- Universidade Católica Editora, 174p. ISBN: 978-972-54-0279-5.
-  **Phanef, M. (2005)**. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª ed.) Loures: Lusociência, 633p. ISBN 972-8383-84-3.
-  **Phipps, W.J., Sands, J.K., Marek, J.F. (2003)**. *Enfermagem Médico-cirúrgica- Conceitos e prática Clínica*. (6ª ed.) Loures: Lusociência- Volume: 4 (1), 2670p. ISBN: 972-8383-65-7
-  **Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010)**. *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.
-  **Querido, A.; Salazar, H., Neto, I.G. (2010)**. *Capítulo 27- Comunicação*. Manual de Cuidados Paliativos. (2ª ed.) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 461-485. ISBN 978-972-9349-22-5
-  **Rabiais, I. (2003)**. *Saber ser...implica acompanhar*. Acontece Enfermagem. Lisboa. III (6), 7-11. ISSN: 1645-1805.
-  **Rhondali, W., Dev, R., Barbaret, T., Chirac, A., Font-Truchet, C., Vallet, F., Bruera, E. & Felbet, M. (2014)**. *Family Conferences in Palliative Care: A Survey of Health Care Providers in France*. Journal Of Pain And Symptom Management. ISSN: 1873-6513
-  **Ribeiro, P. C.P.S.V. (2012)**. *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico Em Contexto Hospitalar: Construção De Uma Teoria Explicativa-Projecto Integrado De Vivência E Cuidado Co-Criado*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde- Tese de Doutoramento.
-  **Robinson, J. (2011)**. *Terminal delirium*. The Australian Journal of Cancer Nursing,12 (2),18:25.
-  **Roque, A., Fabião, D. & Oliveira,V. (2013)**. *Cuidar em Família*. Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior, 32 (1), 2-6.
-  **Rua, F., Marques, A., Sousa, J.P.A & Freitas, P.T. (2008)**. *Transporte de Doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Edição Celon, 48p.

-  **Saunders, C. (2013).** *Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 79p. ISBN 978-972-54-0390-7
-  **Seki, N.H.; Galheigo, S.M. (2010).** *The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell*. Interface - Comunic., Saude, Educ., 14 (33), 273-84.
-  **Serrano, T., Costa, A.C., Costa, N.N. (2011).** *Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referências. III Série (3), 15-23. Disponível na internet em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>
-  **Sheehy, S. (2001).** *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática*. (4ª ed.) Loures: Lusociência, 876p. ISBN: 972-8383-16-9
-  **Silva, A.A. P. (2007).** *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir 55, 11 - 20.
-  **Sousa, P.P. (2014).** *O Conforto da Pessoa Idosa: Projeto de Vivência e Cuidado Co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 166p. ISBN: 978-972-54-0440-9
-  **Dias, C.S. (2010).** *Prevenção da Infecção Nosocomial da Infecção Nosocomial- ponto de vista do especialista*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 17 (1), 47-53
-  **Swart, S.J., van der Heide, A., van Zuylen L., Perez R.S.G.M., Zuurmond. W.W.A., van der Maas, P.J., van Delden, J.J.M. & Rietjens, J.A.C. (2014).** *Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering*. Journal of Palliative Medicine. 17 (1), 27-36. doi:10.1089/jpm.2013.0121.
-  **Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2004).** *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. 750p. ISBN: 972-8383-74-6
-  **Twycross, R. (2001).** *Cuidados Paliativos*. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores. 184p. ISBN: 972-796-001-4
-  **Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014).** *Guia de Estágio- Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 8p.
-  **Vieira, M. (2009).** *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. (2ª ed.) Lisboa: Universidade Católica Editora, p. 158. ISBN: 978-972-54-0195-8

Legislação de Referência:

-  **Código Deontológico Dos Enfermeiros (CDE)-** Incluído no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros- Aprovado pelo **Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril**.
-  **Diário da República, I Série A, n.º 57/78 de 9 de março de 1978**, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros- Carta Internacional dos Direitos Humanos: **Declaração Universal dos Direitos do Homem**.

-  **Decreto-Lei 104/1998, de 21 de abril** (alterado e republicado como Anexo à Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE).
-  **Decreto-Lei 161/96, de 4 de setembro-** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
-  **Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março-** Artigo 45º, alínea c)- Reconhecimento de Creditação com base na Experiência Profissional
-  **Lei n.º 25/2012 de 16 de julho-** Lei do Testamento Vital
-  **Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012-** Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.
-  **Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011-** Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
-  **Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011-** Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

ANEXOS

ANEXO I

Certificado do Simpósio de Enfermagem: “Segurança do Medicamento”



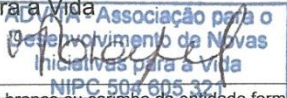
ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Sivina Maria Da Costa, natural de Fafe, nascido/a a 21/06/1989, nacionalidade Portuguesa, portador do Cartão do Cidadão N.º 12528854 válido até 19/09/2019, participou no Curso de Formação Profissional 6.º Simpósio de Enfermagem: Segurança do Medicamento - Sessão de sensibilização que decorreu em 20/11/2014 no/a Hospital Beatriz Ângelo com a duração total de 3 horas.

Lisboa, 20 de Novembro de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida


Associação para o
Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida
NIPC 504 605 321

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 4077/2014

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

HOSPITAL
BEATRIZ
ÂNGELO
Direção Clínica





ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef.: 213 163 275 - Fax: 213 530 292 - info@advita.pt
Instituição Particular de Solidariedade Social inscrição n.º 42/02 a fls. 69 do livro n.º 9 das Associações de Solidariedade Social - Pessoa Colectiva n.º 504 605 321

ADVITA/05_v02

ANEXO II

Certificado do Curso de Formação: “Dignidade Em Fim de Vida”

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Santiago do Outão

Rua Camilo Castelo Branco, nº. 140/2910-446 – SETÚBAL
NIPC-507606787

Serviço de Gestão da Formação

Certifica-se que *SILVINA MARIA COSTA*, natural de *FAFE*, nascido/a a *21-06-1984*, com a nacionalidade *PORTUGUESA*, do sexo *FEMININO*, portador/a do *CARTAO CIDADAO*, nº *12528854*, válido até *03-09-2019*, concluiu, com *aproveitamento em 09-10-2014*, o Curso de Formação:

DIGNIDADE EM FIM DE VIDA

Que decorreu de *09-10-2014* a *09-10-2014*, com a duração de *6* horas.

Setúbal, *17-10-2014*

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação


Maria Paula Rodrigues

ANEXO III

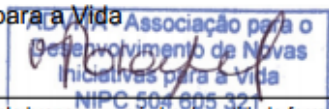
Certificado do Curso de Formação: “O Apoio à família em Cuidados Paliativos”

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Sivina Maria Da Costa , natural de _____, nascido/a a
____/____/____, nacionalidade _____, portador do Cartão do Cidadão N.º
12528854 válido até ____/____/____, participou no Curso de Formação Profissional
Comemoração do Dia Mundial de Cuidados Paliativos - O apoio à Família em Cuidados
Paliativos que decorreu em 16/10/2014 no/a Hospital da Luz com a duração total de 6
horas.

Lisboa, 16 de Outubro de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 4308/2015

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Coordenação Científica da Comissão de Ensino,
Formação e Investigação do Hospital da Luz



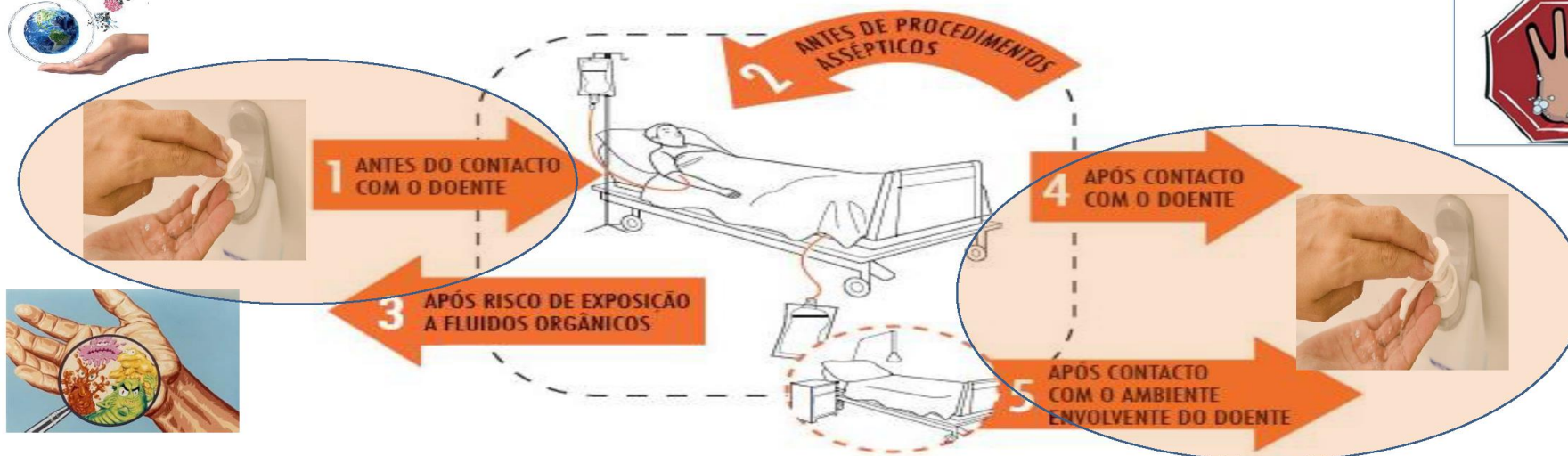
APÊNDICES

APÊNDICE I

Poster: “Higienização das Mãos”



ATENÇÃO: HIGIENIZE AS SUAS MÃOS





AJUDE-NOS a Proteger o Seu Familiar das Infecções

- 1º Pense na segurança do seu doente antes de visitar alguém numa Instituição de saúde;
- 2º Pense também na segurança dos outros doentes internados;
- 3º Se você, ou alguém com quem vive, está constipado ou tem diarreia, ou não se sente bem, tente adiar a visita até que se sinta melhor;
- 4º Lave e seque as mãos antes de entrar na sala, em particular após usar as instalações sanitárias;
- 5º Durante a visita não se sente nas camas e evite contactar fisicamente com os outros doentes ou com os seus pertences. Caso o faça desinfete as suas mão com a solução alcoólica antes e depois desse contacto.
- 6º Esclareça qualquer dúvida que tenha com a enfermeira(o) do S.O.

APÊNDICE II

Sessão de Formação no AMP: Apresentação do trabalho teórico: “Os Limites de Atuação do Enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica”

Os limites de atuação do enfermeiro: Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Por: **Silvina Maria da Costa Moura**

Estudante do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

1

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Problema a analisar:

- *“Como deve agir o enfermeiro que exerce funções num hospital privado português perante a solicitação de um pedido de ajuda advindo das imediações circundantes à organização de Saúde.”*

2

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Do Plano Ético: Fundamentos a ter em conta no agir responsável:

Compromisso de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Fidelidade de cuidado • Cautela de agir; • Justiça
Reconhecimento do Outro	<ul style="list-style-type: none"> • Defesa da dignidade humana; • A capacitação do Outro; • A solicitação do Outro.
Poder enquanto capacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Liberdade de ação; • Competência; • Diálogo multiprofissional.

3

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Do Plano Deontológico: Fundamentos a ter em conta no agir responsável:

As suas intervenções visam a defesa da liberdade e da dignidade humana (Artigo 78º do Código Deontológico Enfermeiro)

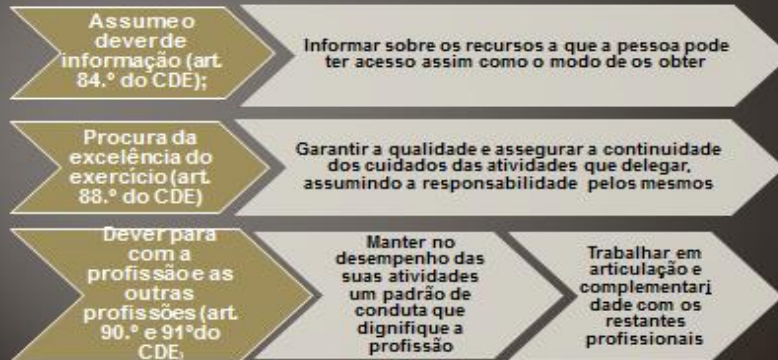
Deveres deontológicos (art. 79.º do CDE)	Responsabiliza-se pelas decisões que toma e atos que pratica ou delega;	Ser solidário com a comunidade em caso de crise, atuando de acordo com a sua área de competência.
Assegura o direito ao cuidado dos seus clientes (art. 83.º do CDE);	Co-responsabiliza-se pelo atendimento atempado dos clientes;	Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído.

4

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Do Plano Deontológico:

Fundamentos a ter em conta no agir responsável:



5

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Do Plano Jurídico:

Fundamentos a ter em conta no agir responsável:



6

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica

Do Plano Jurídico:

Fundamentos a ter em conta no agir responsável:

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE): Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro

N.º1 do artigo 2.º: O REPE é vinculativo a todas as entidades empregadoras

Intervenções dos enfermeiros são autónomas ou interdependentes (em complementaridade funcional)

Em situações de emergência o enfermeiro é autónomo em agir de acordo com a qualificação e conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção e recuperação das funções vitais

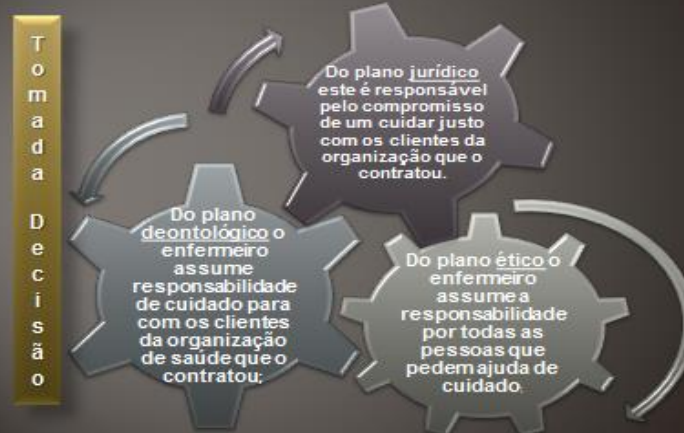
Código Penal (repblicado na Lei n.º 57/2007)

Art. 15º refere que age com negligência quem não procede ao cuidado, a que mediante as circunstâncias, é obrigado e é capaz de o fazer

Art. 200º refere que constitui responsabilidade penal a omissão de auxílio.

7

Reflexão Ético-Deontológica e Jurídica



8

APÊNDICE III

Artigo enviado para Publicação em Revista Científica Internacional: “Os Limites de Atuação do Enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica”

**Os limites da atuação do enfermeiro: análise ético-deontológica e jurídica.
(The limits of nurse performance: ethical deontological and legal analysis)**

AUTORES: Silvina Moura¹, Sérgio Deodato², Patrícia Pontífice Sousa², João Gonçalves¹, Joana Coelho³

¹ Estudantes de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Lisboa, Portugal- Contacto eletrónico: smcm_fafe@hotmail.com

² Professores Adjuntos Da Universidade Católica Portuguesa, PhD, RN, Lisboa, Portugal

³ Enfermeira Especialista em Pediatria do Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

RESUMO:

Comummente acontecem incidentes nas imediações circundantes às unidades de saúde (quer públicas quer privadas) em que o cidadão comum, que presta o primeiro auxílio, vê-se na dúvida sobre que tipo de ajuda deve acionar, dada a imprevisibilidade do acontecimento e o desconhecimento de como melhor agir nessa situação. Contudo, a sociedade reconhece competências de socorro aos profissionais que laboram nestas unidades de saúde, e a proximidade ao local do incidente leva a que muitas vezes lhes seja solicitada ajuda, criando um clima de incerteza de como agir dentro das equipas de saúde dessas instituições, nomeadamente as equipas de enfermagem que as constituem. Por se confrontarem com uma nova realidade de atuação, a tomada de decisão requer um conjunto de reflexões para que se transforme num agir rápido, consciente, concreto e justo advindo da responsabilidade reconhecida pela sociedade da competência dos enfermeiros no cuidado à pessoa que se encontra em situação crítica, assumida com as pessoas clientes/ doentes nas instituições de saúde, assim como enquanto elementos integrantes das equipas de emergência médica.

O objetivo deste estudo consiste em compreender como deve agir o enfermeiro que exerce funções num hospital privado português perante a solicitação de ajuda advinda das imediações circundantes à organização de saúde. O método utilizado neste estudo teórico visou a interpretação e análise jurídica, integrando as dimensões ética e deontológica da profissão de enfermagem em Portugal, de modo a que, clarificando esta incerteza de atuação, traga consciencialização no agir e consenso na tomada de decisão que deve ser imediata. Os resultados obtidos demonstram que no plano ético o enfermeiro assume a responsabilidade de cuidado por todas as pessoas que lhe pedem ajuda e no plano deontológico e jurídico este assume responsabilidade pelo compromisso de cuidado justo para com os clientes da instituição privada, independentemente do seu vínculo laboral. Concluiu-se que o enfermeiro é autónomo na sua tomada de decisão suportada por normalização jurídica e deontológica, assumindo sempre responsabilidade pelos atos que pratique ou delegue no que concerne a cuidados de enfermagem aos seus clientes da instituição, com quem formalizou um compromisso de cuidado. Contudo, também nunca deve negligenciar ou omitir um pedido de ajuda, agindo em complementaridade funcional de cuidados de modo a dar uma resposta imediata. Denote-se que a organização de saúde, em momento algum, poderá obrigar ou

proibir o enfermeiro de ir ao encontro do pedido de ajuda, desde que este cumpra as normas deontológicas e jurídicas que regulamentam a sua profissão.

Em Portugal, a criação das equipas de emergência médica intra-hospitalar é já uma recomendação da Direção-Geral da Saúde desde 2010 a todas as organizações do sistema de saúde, podendo ser uma forma mais eficiente e responsável de reflexão centralizada multiprofissionalmente que modela um agir profissional mais esclarecido, com profissionais de saúde mais treinados.

Palavras-chave: Pedido de ajuda, Enfermeiro, Responsabilidade profissional, Limite de atuação, Tomada de decisão

Abstract:

Accidents commonly happen in the surroundings of the health centres (either public or private) in which the common citizen, who renders the first assistance, is confronted with the doubt concerning the type of help he should ask, considering the unpredictability of the event and the lack of knowledge of how to best act in that situation. Nevertheless, society acknowledges assistance competence to the professionals who work in these health centres, and the proximity to the place of the accident leads to the fact that often their help is required, originating a state of uncertainty concerning how to act within the health teams of those institutions, namely the nursing teams which are part of them.

Due to the fact that they are confronted with a new reality demanding action, to take a decision requires a combination of reflections in order to provide a quick, conscious, concrete and fair response, happening as a consequence of the responsibility acknowledged by the society of the competence of the nurses in the care of the person who is in a critical situation, assumed with the clients/ patients in the health care institutions, as well as integrated in medical emergency teams.

The purpose of this study is to understand how the nurse who works in a Portuguese private hospital should act when confronted with a request for help coming from the surroundings of the health care organization. The method used in this theoretical study aimed at the interpretation and the legal analysis, integrating the ethical and deontological dimensions of the nursing profession in Portugal, in a way that, by clarifying this uncertainty concerning action, it brings consciousness in acting and consensus in the decision-taking which has to be immediate.

The results obtained show that as far the ethical dimension is considered the nurse assumes the responsibility of care for all the people who ask him for help and in the deontological and legal dimensions he assumes the responsibility of the commitment of fair care towards the clients of the private institution, regardless of his labouring bond. It's possible to conclude that the nurse is autonomous in his decision-taking supported by legal and deontological normalization, always assuming the responsibility for the actions he practises or delegates, in what concerns the nursing care involving his clients from the institution, with whom he formalized a compromise of care.

Nevertheless, he should also never neglect or omit a request for help, acting in functional complementarity of health care aiming at giving an immediate response. It's important to emphasize that the health care organization can never oblige or forbid the nurse from responding to the request for help, as long as he obeys the deontological and legal rules which regulate his profession.

In Portugal, the creation of the intra-hospital medical emergency teams is already a recommendation of the General- Direction of Health since 2010 to all the organizations of the health system, having the power of being a more efficient and responsible way of multiprofessionally centralized reflection which shapes a more informed professional action, with better trained health professionals.

Key-words: Request for help, Nurse, Professional responsibility, Limit performance, Taking a decision

Introdução

A Enfermagem em Portugal, tem assumido nos últimos anos, uma grande evolução, tornando-se numa profissão autorregulada, tendo por base uma conduta ética, acompanhada de desenvolvimento científico próprio, assim como de regulação jurídica específica que visa a sua autonomia profissional, advindo deste facto um acréscimo exponencial da sua responsabilidade profissional ao nível da sociedade em geral, da profissão, e da pessoa/ comunidade a quem se destinam os cuidados de enfermagem em particular.

A responsabilidade na ação prende-se, acima de tudo, por uma tomada de decisão consciente, que deve salvaguardar a liberdade e a dignidade da pessoa humana, como contributo essencial na humanização dos cuidados de enfermagem, assumido num cuidado adequado e justo.

Habitualmente, os enfermeiros na sua prática profissional, vêem-se confrontados com incertezas face ao seu agir, resultado de uma relação/ interação direta de cuidado com um Outro singular, dotado de uma transculturalidade própria, devendo-se assim adequar o cuidado à diversidade e pluralidade humana, impedindo que as normas e regras padronizadas sejam aplicadas de forma universal e linear na tomada de decisão autónoma no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Relativamente à tomada de decisão em enfermagem face à dúvida como agir, segundo Deodato, constitui-se um problema ético de enfermagem "(...) quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto."¹

As instituições privadas, como unidade de saúde, representam para a sociedade uma opção válida de socorro, mas por outro lado os profissionais que nela exercem vêem-se confrontados com limites de atuação, advindos quer da responsabilidade assumida perante a própria instituição, quer da profissão como resposta ao que sociedade espera de cada

profissional de saúde e quer da responsabilidade que o enfermeiro assume perante a pessoa com quem estabelece um compromisso de cuidado dentro da instituição, de modo a dar uma resposta rápida, consciente, concreta e justa em situações inesperadas.

Este estudo visa compreender como deve agir o enfermeiro que exerce funções num hospital privado português perante a solicitação de um pedido de ajuda advindo das imediações circundantes à organização de saúde. Deste modo, propusemo-nos abordar esta problemática ao nível do campo ético, deontológico e jurídico, visando uma fundamentação estruturada de como o enfermeiro deve direcionar a sua atuação.

Método

Para concretizar este estudo, realizou-se uma análise jurídica da legislação aplicável, com recurso à literatura da especialidade no sentido do enriquecimento da interpretação realizada. Em suma, comprometemo-nos a analisar os limites de atuação dos enfermeiros, quando confrontados com a situação de solicitação de um pedido de ajuda advindo das imediações circundantes à organização de saúde privada, procedendo à interpretação e análise jurídica, integrando as dimensões ética e deontológica da profissão de enfermagem em Portugal, de modo a que, clarificando esta incerteza de atuação, traga consciencialização no agir e consenso na tomada de decisão que deve ser imediata, perante uma situação em que uma pessoa se encontra numa situação crítica.

O pedido de ajuda à pessoa em situação crítica

A abordagem à pessoa em situação crítica tem sido alvo de grande atenção, dada a necessidade crescente de formação nesta área, quer pela necessidade de uma reestruturação interna de uma rede de assistência aos doentes urgentes, quer pela formação mais diferenciada dos profissionais que constituem estas equipas.

Segundo a “Comissão da Competência em Emergência Médica” e a “Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos”, a pessoa em situação crítica é aquela que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”²

O primeiro elo da cadeia de sobrevivência passa por uma precoce avaliação inicial do doente em risco, visando a prevenção da paragem cárdio-respiratória intra-hospitalar, exigindo esta uma formação constante dos profissionais de saúde, assim como uma monitorização adequada dos doentes e um sistema de alarme com uma resposta atempada e adequada face ao pedido de ajuda³. Segundo a “Direção-Geral de Saúde” (DGS) “(...) uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofram um processo de deterioração clínico agudo, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.”⁴

Comumente acontecem incidentes nas imediações circundantes às unidades de saúde, quer públicas quer privadas, em que dada a proximidade a uma unidade de saúde e dado o

desconhecimento ou imprevisibilidade do acontecimento, o cidadão comum, que presta o primeiro auxílio vê-se na dúvida de que tipo de apoio deve acionar. Esta proximidade à unidade de saúde leva a que se possa recorrer a uma solicitação de ajuda na instituição de saúde próxima e não se ativem os meios de emergência médica, nomeadamente o “Instituto Nacional De Emergência Médica” (INEM) a quem cabe a responsabilidade de ativação de meios de socorro adequados a estas situações, por acontecer fora do perímetro intra-hospitalar (a mesma dúvida já não se verifica dentro da instituição, pois há regulamentação específica nestes casos). Assim, quando acontecem dentro do perímetro hospitalar, o auxílio é habitualmente assegurado pela existência de uma Equipa de Emergência Intra-Hospitalares (EEMI) tal como preconiza o Ministério da Saúde pela DGS na Circular Normativa N.º 15/DQS/DQCO de 22/06/2010.

A DGS⁴, no uso das suas competências determina por recomendação do departamento da Qualidade na Saúde/ Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional a criação e implementação a nível nacional, das EEMI em todas as unidades do Sistema de Saúde Português. Seguindo orientação do *National Institute for Health and Clinical Excellence*, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a rápida identificação e atuação atempada por parte da equipa de emergência. Nas instituições em que ainda não existe uma EEMI, quem deve dar apoio a nível intra-hospitalar, é um enfermeiro e um médico com competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/ intensivismo, que comumente se encontram nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços de urgência.

Reportando-nos ao pedido de ajuda que vem das imediações circundantes à instituição hospitalar, torna-se crucial a clarificação da responsabilidade de cada profissional, na resposta adequada a adotar. Quanto ao profissional de enfermagem espera-se que tenha uma resposta consciente e responsável, embora esta tomada de decisão reporte para uma reflexão minuciosa sobre o seu agir, indo ao encontro da sua conduta ética, deontológica e jurídica, elencada na sua vinculação à instituição contratante.

Por outro lado este tem um campo de atuação específico e autónomo, apesar de trabalhar em complementaridade funcional com outros profissionais, também os seus problemas de natureza ética são igualmente específicos, próprios do seu domínio de intervenção em saúde, devendo estes solucionar os problemas éticos com o qual se confrontam, pois é o que a sociedade espera deles. Os cuidados de enfermagem, não se fixam apenas numa relação enfermeiro/ pessoa, transcendem para o mundo social, material, advindo igualmente problemas éticos, emergindo assim a necessidade de resolvê-los, recorrendo à ética de enfermagem que suporta a especificidade do agir próprio da enfermagem na relação que o enfermeiro estabelece com o Outro, numa relação de cuidado e de responsabilidade pelo Outro¹.

Este agir autónomo advém da responsabilidade profissional que constitui uma dimensão fundamental do exercício da profissão de enfermagem, sendo como tal um *princípio orientador da actividade dos enfermeiros*, como determina a alínea a) do n.º 3 do Artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)⁵.

A saúde e o bem-estar, revelam-se como “(...) dimensões da esfera de proteção do enfermeiro (...) sempre que possa haver risco para ambas, coloca-se em equação como agir.”¹ Esses problemas éticos vão de encontro ao modo de agir, por não ser clara qual a intervenção a efetuar, ou seja, debate-se com mais que uma possibilidade de intervenção, devendo este optar pelo cuidado como sendo o esperado, o eticamente mais adequado, garantindo a proteção da pessoa. São de várias ordens os fundamentos que podem originar dúvidas/incertezas, nomeadamente “(...) princípios, normas, valores, direitos ou outros”¹, contudo a decisão recai sempre no melhor ato profissional a implementar, e o problema ético de enfermagem situa-se sempre na esfera do planeamento do cuidado. Quando nos fixamos na decisão ética de enfermagem, encaramos essa decisão como sendo resultado de uma ação o cuidado, ambas “(...) decisão e ação – constituem objeto de responsabilidade do enfermeiro.”¹

O “objeto” do cuidado de enfermagem é a “pessoa”, sendo esta entendida, segundo Kant, como um ser portador de “direitos e de responsabilidades”⁶ ou seja todos os cuidados são direcionados à pessoa. Estes realizam-se com esta numa vertente holística, numa busca constante da qualidade, ainda que estes não sejam detentores dos meios mais adequados, caso contrário pode-se incorrer dos direitos das pessoas serem violados, já que estes têm direito a cuidados do mais elevado nível técnico, científico e humano, ou seja, a cuidados de excelência, só assim se vê respeitada a dignidade da pessoa⁷.

Para que o enfermeiro coloque a pessoa como o alvo principal do seu projeto de cuidado, é fundamental além da participação da pessoa, este deve ter a capacidade de assumir as responsabilidades, avaliando os prós e contras face à situação concreta, através de uma assistência de cuidados qualificada, detetando e eliminando qualquer fator que possa despersonalizar, desrespeitar a pessoa⁸.

A preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana é um princípio estruturante do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) expresso no n.º1 do Artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros⁹ (EOE) no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

O respeito pela pessoa constitui um princípio ético fundamental, na medida em que respeita o outro enquanto pessoa livre e autónoma que é, contudo uma liberdade responsável, tendo em conta os valores individuais e o respeito pelos direitos dos outros⁷.

Discussão

O contexto profissional que nos encontramos exige a vivência de valores e princípios, bem como a aplicação de normas, tornando-se imperativo a elaboração da “ética profissional”, baseando-se esta na orientação das condutas profissionais, ligando-se ao pensamento ético, ou seja associada aos princípios e valores dessa profissão¹⁰.

Ricoeur define ética como o princípio orientador de uma vida, que tem por base um conjunto de ações estimadas como boas, sendo que o seu *desígnio ético* contempla três termos que são “o desígnio de uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas”¹¹.

Dos enfermeiros espera-se um cuidar profissional, estando este cuidar “(...) intrinsecamente ligado à ideia de sobrevivência e protecção à vulnerabilidade própria e

contextual da existência humana; cuidado que nos torna responsáveis pelo outro, no respeito pela individualidade e dignidade de cada pessoa; cuidado também pelo mundo no sentido do agir, tornar em acção, a responsabilidade pelo mundo.”¹⁰

Do ponto de vista ético o enfermeiro deve ser capaz de se auto realizar, através do seu percurso enquanto profissional, com os seus sucessos e insucessos, só cuida dos outros quem é capaz de cuidar de si mesmo, esse cuidar passa pelo respeito ao Outro. A instituição é um sistema de partilha, onde devemos prestar cuidados com responsabilidade e competência. Cada um é responsável pelo Outro e neste caso concreto, significa cuidar do outro, tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa humana, em toda a sua dimensão. Transpondo para um cuidar profissional, passa por preservar, defender a dignidade da pessoa com vista à sua autonomia, à sua autodeterminação. As organizações hoje em dia têm claramente responsabilidades éticas e sociais, relativamente às pessoas e à comunidade⁸.

Indo ao encontro à reflexão central, o enfermeiro mediante um pedido de ajuda, ainda que fora do seu contexto profissional, e no decorrer da sua atividade profissional, não deve ficar indiferente, mediante a necessidade de cuidados numa situação específica, pois estabelece com o Outro e com a própria sociedade em geral um compromisso de cuidado, na qual se exige o reconhecimento da pessoa que se encontra numa situação de grande vulnerabilidade. Este reconhecimento permite ir ao encontro do Outro num sentido de tomar conta do Outro, respeitando a sua dignidade humana, contudo não deve igualmente negligenciar o cuidado aos seus clientes, já atribuídos no seu local de trabalho, na medida que deve assegurar a continuidade dos cuidados a quem julgue igualmente competente. O enfermeiro compromete-se pelo cuidado ao Outro, considera-se “(...) verdadeiramente autónomo o enfermeiro capaz de conduzir o seu trajecto na convergência do compromisso da capacidade e da atestação.”¹⁰

Segundo Nunes¹⁰ existem três fundamentos éticos de enfermagem, nomeadamente o “*compromisso de cuidado*”, ou seja, o enfermeiro assume o cuidado como uma forma de relacionamento interpessoal, em atender o outro na sua necessidade real, visando o seu bem-estar, dando atenção, tomando conta. Mas este *tomar conta* com responsabilidade, materializando-se no pacto de cuidado que se celebra, ocorrendo um “*reconhecimento*” do outro da sua dignidade em toda a sua singularidade. Este cuidar deve ser impulsionador da proteção do Outro, devendo o enfermeiro mobilizar o “*poder enquanto capacidade*” da persecução dos cuidados de excelência, assentando no respeito e valoração de si e do outro.

O exercício de enfermagem é suportado por valores, que norteiam as escolhas profissionais. Estes valores ditam comportamentos e condicionam julgamentos, interferindo assim com o nosso agir. Esses valores assentam no *compromisso do cuidado*, onde assenta o compromisso da responsabilidade do enfermeiro, como consagra o CDE⁹ no artigo 78.º do n.º 2. Deste compromisso ressalta um pacto de cuidado (fidelidade ao cuidado), contudo um cuidar cauteloso, justo. Esta *fidelidade ao compromisso*, é inerente à fidelidade aos cuidados, cuidados que respeitam o compromisso profissional e convergem na proteção da pessoa¹⁰.

Quanto à *cautela no agir*, esta encontra-se intimamente relacionada com a prudência, sendo esta considerada uma das virtudes cardinais, de onde emerge a perfeição/ excelência

dos cuidados. Prudência no sentido de uma deliberação, indo de encontro à melhor opção de tratamento, ou seja à prevenção, precaução na tomada de decisão. A *justiça* pode ser entendida como atribuir à pessoa aquilo a que tem direito, e não tratar de modo igual todas as pessoas, pois aí estaríamos a falar de igualdade. O *reconhecimento do outro*, está intrinsecamente relacionado com o respeito pelos direitos humanos, sendo valores a respeitar como a dignidade humana, a capacitação do outro através da autodeterminação e o alívio/prevenção do sofrimento que decorre da solicitude com o outro¹⁰.

Mantendo o pensamento da mesma autora¹⁰, torna-se imperativo o reconhecimento da dignidade humana num reconhecimento da pessoa como um ser moral, dotado de uma dignidade absoluta, assentando as intervenções do enfermeiro, não só no respeito dos valores humanos, mas também no respeito por todas as outras opções (políticas, religiosas, morais), criando-se assim condições para que a pessoa exerça os seus direitos.

A *capacitação do outro* emerge no sentido da promoção do seu potencial para cuidar de si. A *solicitude do outro* baseia-se na relação de reciprocidade, num agir que visa a proteção, respeito e conhecimento da pessoa. O *poder enquanto capacidade* na busca da excelência dos cuidados, sendo critérios orientadores, os valores da liberdade de atuação, da competência e do diálogo multiprofissional, que visa a melhoria dos cuidados assumindo-se com profissionalismo. Existe *liberdade de ação* no sentido de que somos responsáveis pelos nossos atos, cada um tem liberdade para decidir e agir segundo a sua própria determinação, considerando-se assim a autonomia profissional. A *competência* diz respeito à capacidade do enfermeiro para responder o mais adequada e prontamente às situações concretas. Por último o *diálogo multiprofissional*, os cuidados que visam a excelência só são possíveis através de uma abordagem multiprofissional, sendo com tal fundamental a complementaridade funcional do enfermeiro com os restantes profissionais na persecução de um agir que vise o melhor interesse da pessoa a cuidar¹⁰.

Consideram-se assim estes os principais compromissos éticos na tomada de decisão do enfermeiro mediante a resposta a adotar, de acordo com a problemática abordada inicialmente. Seguidamente analisar-se-á a atuação do enfermeiro do ponto de vista da deontologia.

Da conduta profissional advém um conjunto de deveres e normas que obrigam os profissionais a uma "*deontologia profissional*", configurando esta como os deveres e obrigações, ou seja o que se exige de todo o profissional que desempenha as suas funções profissionais, face à comunidade ou sociedade que serve.

O código deontológico do enfermeiro insere-se no estatuto da ordem dos enfermeiros regulamentado no Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril (este já atualizado pela Lei 111/2009 de 16 de setembro)⁹ e nele imanam os princípios e os valores que regulam o seu agir profissional. Assim sendo e reportando-nos ao caso concreto, em que o enfermeiro se vê confrontado com um pedido de ajuda, na qual a sua atuação não é clara, implica uma análise detalhada da sua conduta, pelo que abordaremos as normas que este deve ter em conta na sua tomada de decisão.

No que respeita à possibilidade de o enfermeiro, confrontado com esta situação de ajuda, este deve ter em conta os princípios regulados pelo seu CDE a responsabilidade que este assume perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação que estabelece com os clientes e excelência do exercício assumido na profissão assim como para com os restantes profissionais, como reporta o n.º3 do artigo 78º. Contudo, este não deve menosprezar os valores descritos no n.º 2 do mesmo artigo, esperando-se dele na sua relação com o outro a defesa da dignidade da pessoa humana, que na relação estabelecida deve pautar a igualdade, a liberdade responsável, atendendo ao bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade assim como a competência e o aperfeiçoamento profissional, atendendo sempre que a sua intervenção deve visar a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e dele próprio⁹.

Quando este pedido de ajuda surge, o enfermeiro tem à sua responsabilidade de cuidados os clientes da instituição que o contratou, e nesta tomada de decisão não deve descurar a continuidade de cuidados dos mesmos, decorrentes do compromisso de relação de cuidados estabelecida, mas por outro lado encontra-se alguém que também carece de cuidado e de atenção, e é este o ponto crítico da sua tomada de decisão.

Este problema do direito ao cuidado ganha sentido no CDE⁹ no artigo 83º na alínea a) referindo que o enfermeiro se co-responsabiliza pelo atendimento atempado do cliente, minimizando o tempo de diagnóstico e o seu tratamento, e esta responsabilidade assume-a perante os seus clientes, mas esta orientação vale para os seus clientes assim como pode nortear a sua tomada de decisão na resposta ao pedido de ajuda. Perante isto, o artigo 79º do CDE⁹ vem delimitar na alínea b) que o enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma, assim como pelos atos que pratica ou delega, e acrescenta no artigo 88.º da alínea e) que este deve garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo igualmente a responsabilidade pelos mesmos, que nesta situação, apenas pode prestar auxílio após assegurar/ delegar os cuidados dos clientes que lhe estão a seu cargo a alguém igualmente competente, que vise o não prejuízo da prestação de cuidados justos. Adianta no artigo 79º na alínea d) que o enfermeiro assume igualmente o dever de “ser solidário para com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência”⁹, o que quer dizer que neste momento de crise, um outro carece do seu cuidado e da sua área de competência, de modo a proteger a sua dignidade e a sua necessidade de cuidado, que é também um dever do enfermeiro dar resposta adequada às necessidades da comunidade, em cuidados de enfermagem, como nos reporta ainda o artigo 80º.

No artigo 82.º do CDE⁹ descreve-se na alínea a) que na sua atuação o enfermeiro deve atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que deve proteger e defender a vida humana em todas as circunstâncias e complementa na alínea a) do artigo 81.º do CDE que este deve igualmente assumir o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação salvaguardando os seus direitos, principalmente dos mais vulneráveis. Contudo a tomada de decisão deve ser ainda suportada no dever que o enfermeiro assume perante a profissão que

desempenha, como notifica a alínea a) do artigo 90.º do CDE⁹, devendo este manter em todas as circunstâncias, no desempenho das suas atividades, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão, forjado na responsabilidade que este assume perante a sociedade, e ter a capacidade de adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas, como reporta a alínea b) do artigo 88.º da mesma Lei.

O enfermeiro, como membro de uma equipa de saúde, deverá ainda trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde (médicos, técnicos e os próprios enfermeiros), atuando responsabilmente na sua área de competência, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um, como preconiza o CDE⁹ no artigo 91.º na alínea b) e a) respetivamente, como realça Temido et Dussault²¹ que no domínio dos limites das suas competências profissionais as intervenções interdependentes dos enfermeiros carecem também elas de reconhecido nível de autonomia, ou seja, mediante o pedido de ajuda o enfermeiro deverá analisar/ mobilizar juntamente com a respetiva equipa de saúde os recursos necessários e adequados que visem uma resposta adequada ao problema.

Outro ponto que importa escrutinar é o dever de informação consagrado no artigo 84.º do mesmo CDE⁹, que na alínea b) notifica como dever do enfermeiro atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação realizado pelo indivíduo relativamente a cuidados de enfermagem, e adianta na alínea d), devendo atender para fornecer informação adequada face a recursos, bem como a maneira de obtenção desses mesmos recursos. Este dever de informar reporta para a necessidade do enfermeiro que recebe o pedido de ajuda se certificar que já foram ativados os meios de emergência médica através da linha 112, e caso ainda não tenha sido é dever do enfermeiro ativar inicialmente a equipa de emergência médica, fornecendo informação pertinente, tendo em conta o estado da pessoa reportada pelo cidadão que pede ajuda, e como estabelece a Lei Orgânica do INEM no Decreto-Lei n.º34/2012, de 14 de fevereiro, no n.º1 do artigo 3º este visa “garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.”¹²

Posto isto, e ao nível da deontologia profissional o enfermeiro assumindo o direito ao cuidado para com os clientes que tem a seu cargo, na instituição, este deve “manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade dos cuidados”⁹ a um outro igualmente competente, salvaguardando a qualidade dos mesmos, como refere na alínea e) do artigo 83.º no CDE.

A vida em sociedade, bem como as relações interpessoais, exigem a formulação de normas que regulem toda a conduta humana, de modo a alcançar o bem comum, como já supra mencionado, podem ser de ordem ética, moral, deontológica e jurídica. Relativamente à ordem jurídica também denominada de *direito* difere das anteriores na medida em vai de encontro ao agir em sociedade, sendo este agir autónomo assentando num conjunto de direitos e deveres legitimamente consagrados, e regulados por normas jurídicas⁵.

De acordo com a Constituição da República Portuguesa¹³, a República Portuguesa é um estado de direito democrático, que confere a todos os cidadãos portugueses a mesma dignidade social e confere igualdade social perante a lei, onde a defesa da vida humana assim

como a sua integridade moral e física é inviolável e que consagra no artigo 64.º o direito à proteção da saúde, assim como o dever de a defender e promover.

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina¹⁴ consagram a proteção do ser humano na sua dignidade, e na sua identidade, garantindo a toda a pessoa sem discriminação o respeito pela sua integridade, devendo ainda, de acordo com o artigo 2.º o interesse e o bem-estar da pessoa deve prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência, reconhecendo que deve ser garantido o acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade, como reitera o artigo 3.º e ainda o artigo 4.º refere que qualquer intervenção na área da saúde deve ser efetuada com base nas normas e obrigações profissionais.

A Lei de Bases da Saúde¹⁵ constitui a principal base jurídica para todo o sistema de saúde português. Esta enuncia os princípios fundamentais que estruturam o sistema de saúde e estabelece os direitos das pessoas que utilizam as entidades de saúde¹⁶. Em relação à Base I esta enumera os princípios gerais da prestação de cuidados de saúde, onde no n.º1 declara que a proteção da saúde constitui um direito de todos os cidadãos, e no n.º 2 refere que o Estado assegura o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, e no n.º 4 assegura que os cuidados de saúde são prestados por entidades públicas ou privadas, determinando assim neste, a configuração do sistema de saúde, onde para além do Serviço Nacional de Saúde (SNS) as instituições privadas e os próprios profissionais de saúde em exercício liberal¹⁶. É na Base IV que o direito à proteção da saúde é efetivado pelo sistema de saúde. Neste integram-se nomeadamente as entidades públicas do SNS e as organizações privadas assim como os profissionais de saúde que exercem em regime liberal, definindo-se assim os elementos que constituem o Sistema de Saúde Português, tal como vem sustentado no n.º4 da Base XII¹⁵. Segundo o Decreto Regulamentar n.º 14/ 2012, de 26 de janeiro, indica no artigo 2.º, n.º2, alínea a) no âmbito do sistema de saúde português, cabe à DGS a tarefa de “(...)emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais (...) para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde(...)”²².

Na Base VI, ao nível da responsabilidade Estado, está contemplado no n.º2 que “cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respetiva execução e coordenar a sua ação com a dos ministérios que tutelam áreas conexas.”¹⁵ Este facto vem dar fundamento à circular normativa do Ministério da Saúde emitida pela DGS⁴ em que formula a necessidade da criação e implementação a nível nacional das EEMI para todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde (da qual faz parte integrante as unidades hospitalares privadas como acima descrito) e pela presente circular estaria previsto esta regulamentação até ao final de 2011 para todos os Hospitais.

Dada a exigência cada vez maior por parte dos doentes e sua família que são internados, e por sentirem que se encontram num local altamente especializado e com uma resposta rápida face a uma deterioração do seu quadro clínico, acreditam que se encontram numa instituição capaz de oferecer cuidados seguros e no direito ao melhor tratamento possível. Com base num estudo Lopes et al relativamente à “variação na mortalidade e na demora média do internamento por dia de admissão e de alta”¹⁸ constata-se que nem sempre isso é possível,

verificando-se mesmo uma variação da mortalidade ao longo da semana, destacando-se um excesso de óbitos ao fim-de-semana, acontecendo o mesmo com as admissões e as altas, onde existe um padrão distinto ao longo da semana, incluindo-se piores resultados no fim-de-semana. Importa referir que para uma melhoria dos resultados, entre outras condutas a adotar, deverá ser efetuada uma organização diferente dos hospitais, uma vez que a doença não escolhe hora ou dia para ocorrer, sendo que a atividade dos hospitais deve ter em conta a afetação dos recursos e a necessidade da procura das populações.

Neste sentido torna-se crucial a criação de EEMI, atualmente já existente em grande parte dos hospitais do nosso país, por se constatar que a formação destas equipas aliadas à organização dos cuidados de emergência à pessoa em situação crítica, se encontra diretamente relacionada com a mortalidade e morbilidade intra-hospitalar. Estas equipas são ativadas não só para situações de PCR, como para situações de significativa deterioração fisiológica aguda, 24 horas por dia, 365 dias/ ano. São equipas constituídas por um médico e um enfermeiro com competências Suporte Avançado de Vida, após ativação respondem de modo imediato⁴.

É na Base XV, relativamente aos profissionais de saúde, determinando no n.º 1 que cabe à lei estabelecer “(...) os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde (...)”¹⁵, como refere Deodato¹⁶ caberá à lei estabelecer os requisitos necessários no sentido de assegurar os direitos e os deveres dos profissionais no exercício das suas funções. Relativamente à profissão de enfermagem esta está legislada no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro nomeada como Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que posteriormente ficou acoplada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril e que determina a auto-regulação da profissão de enfermagem em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros⁹.

Debruçar-nos-emos de seguida sobre o REPE, de forma encontrar o enquadramento jurídico para a tomada de decisão do enfermeiro neste caso concreto. Está contemplado no n.º 2 do REPE⁹ que os enfermeiros desenvolvem a sua atividade, independentemente do contexto jurídico-institucional quer no setor público, privado ou em regime liberal, devendo primar pela salvaguarda dos direitos e normas deontológicas, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade. Clarifica no n.º1 do artigo 2.º que o REPE se aplica no território nacional a todas as entidades empregadoras acima mencionadas e esclarece no n.º 2 do mesmo artigo que as normas jurídicas definidoras do regime de trabalho que vigorem nas organizações onde estes exerçam a sua atividade não devem ir contra o estabelecido pelo REPE, ou seja, as entidades empregadoras não devem estabelecer normas que impeçam o cumprimento do seu regulamento profissional, e no caso de tal acontecer, os enfermeiros devem nortear a sua atuação de acordo com o que está estabelecido no REPE, e não na norma institucional, porque na hierarquia das leis, os Decreto-Lei situam-se acima da norma emitida pelas entidades, logo tem superior validade legal⁹.

Ao nível da sua intervenção, está contemplada no artigo 9.º do REPE que estas podem ser autónomas ou interdependente. As intervenções autónomas são realizadas pelos

enfermeiros, sob sua única responsabilidade de acordo com as suas qualificações profissionais, ao passo que as interdependentes desenvolvem-se em complementaridade funcional com os outros profissionais de saúde, com a finalidade conjunta de atingir o mesmo objetivo, assumindo contudo também responsabilidade sobre a mesma, não esquecendo o que explana o n.º 3 do artigo 8.º do mesmo regulamento que quando estes atuam em complementaridade funcional estão dotados de igual nível de dignidade e autonomia do exercício profissional, de onde advém a responsabilidade na ação⁹.

No n.º 4 do artigo 9.º do REPE determina que de acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos, assim como as suas qualificações profissionais define na alínea e) que "(...) em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais"⁹ e completa na alínea c) da mesma alínea que nestas situações os enfermeiros utilizam técnicas próprias de enfermagem visando a recuperação das funções vitais, nomeadamente a circulação e a respiração, entre outras.

De acordo com o Código Penal (CP) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/ 82, de 23 de setembro, republicado pela Lei n.º 59/ 2007, de 4 de setembro, no artigo 15.º refere que age com negligência, quem não procede ao cuidado, a que mediante as circunstâncias, é obrigado e é capaz de o fazer. Como reitera na alínea b) "não chegar sequer a representar a possibilidade de realização do facto"¹⁹ isto remete para a necessidade do enfermeiro quando solicitado para um pedido de ajuda deve sempre mobilizar os meios adequados e agir segundo o seu nível de competência.

Convém ressaltar ainda, de acordo com o artigo 36.º da mesma Lei, referente ao conflito de deveres no n.º 2 "o dever de obediência hierárquica cessa quando conduzir à prática de um crime"¹⁹ ou seja, no caso da instituição privada proibir, nas suas normas institucionais, o dever de auxílio fora do seu perímetro hospitalar, e caso esteja em risco a defesa da vida humana, assim como a sua integridade moral e física, pois o facto de não prontificar os meios necessários para socorro da mesma pode ser considerado um crime, daí que segundo o Decreto-Lei 279/2009, de 6 de Outubro, que regula a criação e a fiscalização das entidades privadas de saúde, refere no n.º 3 do artigo 9.º (sobre os requisitos de funcionamento destas instituições) que "no desenvolvimento da sua actividade, devem os profissionais das unidades privadas de serviços de saúde observar o cumprimento das regras deontológicas aplicáveis"²⁰ e só depois as institucionais.

Ainda de acordo com Estorninho, referindo-se às instituições privadas "(...) o dever de os profissionais observarem o cumprimento das regras deontológicas aplicáveis, o qual, diga-se, seria sempre obrigatório, independentemente da instituição para quem prestem serviço"¹⁷. Seguindo o mesmo autor, convém ainda ressaltar que "(...) a violação de obrigações jurídicas de saúde pode igualmente ter fonte de responsabilidade, (...) uma vez que os direitos em causa – saúde, vida, integridade física, (...) existem como direitos absolutos para além da fonte contratual ou legal das obrigações"¹⁷ surgindo assim nestes casos o fenómeno conhecido por "concurso de responsabilidades".

Ainda no domínio do CP, o artigo 200.º contempla a omissão de auxílio onde estabelece no n.º 1 que “quem em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, (...) que ponha em perigo de vida, a integridade física, (...) deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro é punido (...)”¹⁹, transpondo para a problemática descrita, no caso de haver um pedido de ajuda, a pessoa que recebe esse pedido o ignorar e mesmo omitir, inibindo o acionamento de qualquer meio de auxílio constitui responsabilidade penal.

Conclusão

Os problemas com que os enfermeiros se confrontam diariamente, carecem de dúvidas no modo de agir concreto, responsável e justo, advêm de um processo contínuo de evolução da enfermagem, como resultado da autonomia profissional regulada assim como pela evolução ético-deontológica e técnico-científica que esta tem vindo a adquirir, o que lhe confere maior responsabilidade na tomada de decisão e na acção.

Perante o estudo desenvolvido sobre os limites de atuação do enfermeiro, nomeadamente nesta situação, em que se vê confrontado com um pedido de ajuda vindo do exterior próximo da instituição privada, tendo este já à sua responsabilidade de cuidado os clientes da instituição, importou refletir como deve direccionar a sua atuação de modo a não negligenciar nenhuma da sua responsabilidade.

No plano ético o enfermeiro assume a responsabilidade por todas as pessoas que lhe peçam ajuda. No deontológico assume o dever de cuidado apenas para com os clientes da organização de saúde onde trabalha, ou perante o cliente que o contratou (se este se encontrar a trabalhar em regime liberal). No jurídico, compromete-se com um cuidar justo e responsável para com os clientes que se encontram na organização de saúde onde ele exerce funções ou os que tiverem ao seu cuidado na sequência de um contrato de prestação de serviços, que o enfermeiro se encontra em regime liberal.

Mediante o exposto se uma pessoa, fora da organização de saúde onde o enfermeiro trabalha, solicitar a sua intervenção, do ponto de vista ético este assume um compromisso de cuidado para com um Outro, não devendo ficar indiferente, orientando o seu agir no sentido de tomar conta do mais vulnerável, naquele momento, não menosprezando em tempo algum o compromisso de cuidado assumido pelos que tem já a seu cuidado. Ou seja, em vez de agir, abandonando os seus clientes, pode pedir a outro enfermeiro que vá socorrer a vítima, ou acionar os meios de socorro para vítimas na rua, por exemplo.

Contudo do ponto de vista deontológico e jurídico não está obrigado a assumir esse compromisso de cuidado, uma vez que esse cliente não está integrado nessa organização de saúde, pois deontologicamente este assume apenas a responsabilidade dos cuidados pelos clientes da organização de saúde, estando obrigado a manter-se no seu posto de trabalho até ser substituído por um outro igualmente competente, salvaguardando a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem, como consagra o artigo 83.º do seu CDE⁹. Sendo autónomo na decisão de ir ao encontro do pedido de ajuda exterior, desde que estejam

assegurados os cuidados dos seus clientes, este assume na mesma a responsabilidade pela decisão que tomar.

Do ponto de vista jurídico, o enfermeiro é autónomo na tomada de decisão, e tem legislação própria de como deve atuar em situação de emergência. Importa ainda realçar que é também seu dever no âmbito da prestação de cuidados, como reporta a alínea d) do artigo 5.º do REPE que este deve “encaminhar, orientando para os recursos adequados”⁹, e neste caso concreto deve certificar a ativação do serviço de emergência médica pela linha 112, (que é o responsável pelas pessoas que não estão dentro duma organização de saúde), no sentido de promover a intervenção de outros profissionais de saúde, atuando assim desta forma em complementaridade funcional, de modo a solucionar os problemas identificados no qual por si só, ele não consegue resolver. Deve igualmente salvaguardar os cuidados dos clientes pela qual também é responsável, como foi analisado. Contudo, se ele conseguir assegurar a continuidade do cuidado dos seus clientes, sem os colocar em risco, e decidir ir ao encontro do pedido de ajuda, deve entregar a pessoa ao seu cuidado aos profissionais do socorro, logo que possível, de modo a voltar ao seu posto de trabalho.

Importa referir que a existência de uma EEMI é uma recomendação da DGS para todas as unidades do sistema nacional saúde, onde se incluem as unidades hospitalares privadas, e esta centralização de atendimento em emergência pode ser uma forma mais eficaz de responder a estas situações, na medida em que, por um lado, são equipas com treino específico para assegurarem um cuidado mais eficaz, e por outro lado a prontidão de atuação está assegurada pela responsabilidade que assumem perante situações similares de pedidos de ajuda intra-hospitalar, podendo mais facilmente prontificar uma resposta refletida, eficiente e adequada.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências Bibliográficas

1. Deodato S. Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para Agir. Coimbra: Edições Almedina; 2014. ISBN: 978-972-40-5226-7
2. Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Transportes de Doentes Críticos- Recomendações 2008. [Internet] Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos; 2008. [Consultado 19 Maio 2014] Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
3. Nolan JP, et al. Recomendações 2010 para a Reanimação- Conselho Português de Ressuscitação. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. 2011; 18 (1): 103. ISSN: 0872-3087
4. Ministério da Saúde. [Internet] Direção-Geral Da Saúde: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar - Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO de

- 22/06/2010 [consultado em 25 Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>.
5. Deodato S. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Edições Almedina; 2008. ISBN 978-972-40-3401-0
 6. Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Ética em Enfermagem. Loures: Lusociência; 2004. ISBN 972-8383-67-3
 7. Deodato S. Excelência do exercício: Perspectiva ética e deontológica in V Seminário de Ética de Enfermagem. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 2004; 15: 26-30.
 8. Nunes L. Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência; 2006; 484p. ISBN: 972-8930-17-8
 9. Ordem dos Enfermeiros. REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Braga: Tadinense; 2012: 92p. Disponível internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
 10. Nunes L. Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência; 2011: 303p. ISBN 978-972-8930-67-7
 11. Ricoeur P. Ética e Moral. [Internet] Traduzido por Amaral AC. Covilhã: LusoSofia; 2011: 19p. [Consulta a 21/5/2014] Disponível em: http://www.lusosofia.net/textos/ricoeur_paul_etica_e_moral_rpf1990.pdf
 12. Decreto-Lei n.º 34/2012. Diário da República, 32, Série I (14 de fevereiro 2012) 748-750. Aprova a Lei Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica.
 13. Constituição Da República Portuguesa. [Internet] VII Revisão Constitucional: 2005. In Assembleia da República.pt. [Consultado a 15 Maio de 2014] Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/constpt2005.pdf>
 14. Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina: Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina. [Internet] Aprovada para ratificação pelo direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e publicada no Diário da República, I Série- A, n.º 2/2001. [Consultado a 20 Maio 2014]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>
 15. Lei n.º 27/2002. Diário da República, 258, Série I-A. (8 de Novembro 2002) 7150-7154. Altera a Lei n.º 48/90 que aprova a Lei de Bases da Saúde.
 16. Deodato S. Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina; 2012: 171p. ISBN 978-972-40-4750-8
 17. Estorninho JM, Macieirinha T. Direito da Saúde. Lisboa: Universidade Católica Edições; 2014: 311p. ISBN: 978-972-54-0403-4
 18. Lopes S, Costa C, Boto P. Variação na mortalidade e na demora média do internamento por dia de admissão e de alta. [Internet] Revista de Saúde Pública. 2008; 7: 117-129p. [Consultado a 25 Maio de 2014] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de->

[apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-06-2008.pdf](#)

19. Lei n.º 59/2007. Diário da República 170. Série I. (4 de Setembro de 2007). 6181-6258. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82 de 15 de 23 de Setembro.
20. Decreto-Lei 279/2009. Diário da República 193, Série I (6 de Outubro de 2009). 7291-7296. Aprova a criação e fiscalização das unidades privadas de saúde, regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro.
21. Temido M, Dussault, G. Papeis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2014; 32 (1):45-54.
22. Decreto Regulamentar n.º 14/ 2012. Diário da República 19, Série I (26 de Janeiro 2012). 480-482

APÊNDICE IV

Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura: “Intervenções de Enfermagem à Família da Pessoa em Fim de Vida aquando da Tomada de Decisão de Sedação Paliativa”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA
PROFISSIONAL NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

**ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CUIDADOS CONTINUADOS E
PALIATIVOS**

**-PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA-
Intervenções de enfermagem dirigidas à família da pessoa em fim de vida
aquando da tomada de decisão de sedação paliativa**

Unidade Curricular: *Estágio Opcional: Módulo III- Cuidados Paliativos*

Por: Silvína Maria Costa Moura N.º 192013020

Tutora: Prof.ª. Dr.ª. Patrícia Pontífice Sousa

Orientadora: Enf.ª Lucinda Marques

LISBOA, 2014

SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

EAPC- European Association for Palliative Care

EOE- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ICNP- International Classification for Nursing Practice

NP- Norma Portuguesa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Descritores das bases de dados dos termos em estudo-----	18
Quadro 2- Critérios de seleção do estudo-----	19
Quadro 3- Categorização dos estudos selecionados-----	20
Quadro 4- Recolha dos dados dos estudos-----	20
Quadro 5- Estudos selecionados nas bases de dados-----	21

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1- Resultado dos estudos selecionados-----	23
Tabela 2- Recolha dos dados do estudo-----	24

ÍNDICE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Fórmula Boleana-----	18
Ilustração 2: Fluxograma da seleção dos estudos incluídos-----	22

ÍNDICE

0- Introdução.....	5
1- Enquadramento Conceptual	7
2- Enquadramento Metodológico	17
2.1- Tipo de estudo	17
2.1.1- Identificação do tema e selecção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa.....	17
2.1.2- Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/ Amostragem resultante da pesquisa em bases de dados	18
2.1.3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos	20
2.1.4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão.....	20
2.1.5- Interpretação dos Resultados.....	20
2.1.6- Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.....	21
3- Resultados	21
3.1 – Resultados das várias fases da pesquisa	21
4- Discussão/ Análise dos Resultados	25
5- Notas Conclusivas	28
6- Bibliografia.....	29

INTRODUÇÃO

Cuidar significa entrega, abertura, receptividade às necessidades não apenas de quem é cuidado, mas sim cuidar simultaneamente e ao mesmo nível de quem cuida, através de um dar e receber, onde os objetivos se fundem num objetivo principal e único o bem-estar holístico da pessoa (Pacheco, 2014).

Ninguém enfrenta a morte da mesma maneira, pois trata-se de uma caminhada única e individual, contudo semelhantes no contexto (Saunders, 2013).

“O morrer surge como consequência natural do viver de todos nós, seres finitos e mortais”. Algumas vezes ela surge de uma forma tão repentina que a própria pessoa não chega a consciencializar-se da mesma. Atualmente esta morte súbita parece ser a mais ambicionada devido ao fato de ser interpretada como a causadora de menor sofrimento, contudo também os há que a desejam “viver”, no sentido de se poderem preparar para a sua inevitabilidade. Sendo que é nestas situações de morte anunciada, em que a pessoa doente e sua família vivenciam meses, semanas de grande angústia, dor, dor não apenas física, psíquica, é uma dor que se transforma em sofrimento (Pacheco, 2014, p.53).

O alívio dos sintomas angustiantes, a prestação de cuidados a doentes que se encontram em fim de vida, a preparação do corpo após a morte, e o cuidar aos familiares enlutados, tem constituído intervenções de enfermagem de grande relevo, e isto deve-se ao movimento moderno dos hospícios, no final do século XX, tendo levado a uma reconceptualização dos cuidados (Magalhães, 2009).

Os profissionais de saúde são considerados agentes de humanização de 1.^a linha, pois a humanização do seu agir, a preocupação em respeitar e fazer respeitar a liberdade e a dignidade do doente, a capacidade de evitar o que possa ser passível de causar desconforto inútil, discriminação e humilhação, não só ao nível institucional mas também ao nível da relação intersubjetiva. Deste modo é sobejamente conhecido que não basta aos profissionais de saúde estarem bem preparados na sua profissão e bondosos na sua relação com os doentes. Torna-se premente alcançar um grau de conhecimento teórico e prático compatível com uma especialização. É fundamental que além da humanização do cuidado, exista uma fundamentação ética no agir profissional e esta apenas se adquire através do estudo e da prática (Osswald, 2014).

Assim sendo indo de encontro ao que foi explanado surge a necessidade de uma pesquisa sistematizada, no sentido de encontrar um conhecimento maior, mais abrangente e atualizado de modo a averiguar quais as *intervenções de enfermagem na família aquando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa doente em fim de vida*, permitindo assim uma prática que vai de encontro às necessidades reais das famílias, e uma atuação mais conscienciosa, segura e fundamentada na evidência científica.

Deste modo o objetivo geral deste trabalho será o identificar quais as intervenções de enfermagem descritas na literatura que se tornam cruciais e que contribuem para o cuidar de enfermagem à família da pessoa doente em fim de vida, a quando da tomada de decisão para sedação paliativa, reconhecendo o impacto deste acontecimento na família/ pessoa significativa, uma vez que estes acompanham a pessoa doente neste processo de transição.

Os enfermeiros são desafiados diariamente numa busca constante pelo conhecimento científico, no sentido de implementarem uma prática baseada na evidência, neste sentido pretendo efetuar uma revisão integrativa da literatura, designada como sendo um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência, ou seja permite a incorporação das evidências, na prática clínica. Este

método “(...) *tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados da pesquisa sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado*” (Mendes *et al.*, 2008, p.759).

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular de estágio opcional Módulo III – Serviço de Cuidados Paliativos do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no que concerne à sua estrutura encontra-se dividido em seis partes, nomeadamente a introdução onde se delinea o objetivo do trabalho, uma segunda parte onde se desenvolve o enquadramento concetual, com o objetivo de clarificar os principais conceitos, uma terceira parte que corresponde à descrição metodológica do estudo. Seguidamente apresentaram-se os resultados obtidos, com a discussão dos mesmos e por último, na sexta parte a conclusão da revisão integrativa, seguida das referências bibliográficas.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

É verdade, que nesta vida não existe nada mais certo que a morte, contudo é, um tema que todos teimam em fugir, dado o período pré-morte ser marcado de grande incerteza, angústia, dor e medo do desconhecido, pois só o próprio o pode viver e sentir. Assim sendo torna-se imprescindível que estes últimos anos, meses, ou até dias sejam vividos com conforto, serenidade e paz interior, próximo daqueles que realmente são importantes, e não dias de sofrimento e solidão. Por conseguinte é fundamental que quando em fase terminal, os profissionais de saúde desenvolvam atitudes e competências específicas de modo a promover e a assegurar a dignidade da pessoa humana, garantindo assim o seu bem-estar (Capelas, 2014).

Segundo Pereira (2010) a pessoa em fase terminal, experiencia uma diversidade de problemas, desde físicos, psicológicos, emocionais e espirituais, afeta todas as dimensões da pessoa, emergindo assim a necessidade de cuidados especializados e específicos, que visem garantir e preservar a dignidade da pessoa, garantindo-lhe o máximo conforto durante o tempo que lhe resta viver.) Neto (2010) considera igualmente que a pessoa com doença terminal, tem associado um conjunto de problemas, que determinam intensidades diferentes de sofrimento, para aqueles que a vivem, e a chave para a resolução destes problemas passa por uma intervenção técnica, rigorosa e ativa, ou seja passa por cuidados paliativos. Segundo Pacheco (2014, p.55-56) são critérios de diagnóstico da fase terminal a *“existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva; ineficácia comprovada dos tratamentos; esperança de vida relativamente curta; complicações irreversíveis; perda da esperança de recuperação.”*

As situações que mais carecem de preocupação são nitidamente as situações em fim de vida que se prolongam por largo tempo, pois são assistidas de maior sofrimento quer para o doente quer para a sua família, sendo que nestas situações os cuidados devem ser específicos, personalizados, focalizados na globalidade do seu ser, contudo que este acarreta nomeadamente as suas relações com o meio familiar, social, cultural e espiritual (Pacheco, 2014).

A propósito do cuidar em fim de vida Cicely Saunders (2013), refere que estes doentes sentem necessidade de compaixão e não apenas de eficiência, daí reforçar a necessidade de se aprender o que a pessoa realmente sente quando sofre este tipo de dor, sermos capazes de entender o que se sente quando estamos doentes, quando nos consciencializamos da nossa finitude, trata-se de aprender a sentir “com” os doentes e não sentirmo-nos “como” eles, é esta a atitude a tomar, se queremos realmente fornecer-lhes suporte firme de modo a encontrar o seu caminho.

A pessoa em fim de vida faz um percurso através de estadios identificáveis, à medida que se aproximam da morte, sendo estes estadios marcados por comportamentos e emoções, sendo que o estadio final que se caracteriza por aceitação por parte da pessoa que se encontra em fim de vida, tornou-se um dos principais objetivos dos profissionais de saúde que lidam diariamente com estes doentes. *“ A morte com aceitação não é uma morte feliz mas uma condição”* (Magalhães, 2009, p.54).

A pessoa em fim de vida pensa a morte de uma forma muito particular, diferente do modo de como a fazia quando considerado saudável, sucedem-se múltiplos sentimentos de perda, ansiedade, medo, daí a necessidade de cuidados que visem não só a ordem física, mas também a ordem psicológica, social e cultural. A satisfação destas necessidades é tão específica, quanto a singularidade da pessoa, bem como da sua família. Deve ter-se sempre em consideração que a forma como a pessoa

enfrenta a proximidade da sua morte, é única, pois depende de diversos fatores, nomeadamente da sua personalidade, da sua capacidade anterior para enfrentar obstáculos, do próprio suporte familiar que dispõe, da relação que estabelece com os profissionais de saúde, da sua compreensão face prognóstico, entre outros. Dai que as atitudes do doente em fase terminal, descritas teoricamente, nem sempre se verificam na prática, uma vez que cada um reage de maneira diferente, ou seja cada pessoa tem os seus próprios tempos, pelo que os diferentes estadios poderão não estar presentes em todos os doentes, ou então surgirem por uma ordem diferente (Pacheco, 2014).

Este mesmo autor refere ainda, que algumas pessoas podem manter-se num determinado estadio e outras podem recuar ou avançar diversas vezes e em vários momentos. Contudo apesar de cada pessoa pensar e encarar a morte de uma maneira única e particular, “*verifica-se que o medo do sofrimento é comum a muitos doentes em fase terminal*” (Pacheco, 2014, p.63).

Segundo Nunes & Rego (2010), a sedação é uma intervenção médica, cujo objetivo visa a o alívio de sintomas, numa diversidade de circunstâncias clínicas. Pode ser utilizada concomitantemente com tratamentos curativos ou de suporte vital em doentes que não se encontram em fim de vida, podendo ser continua ou intermitente e variar na intensidade desde sedação ligeira a profunda, levando à inconsciência total.

Contudo o alvo do nosso interesse vai mais além do sedar, visa concomitantemente a *paliar* que segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2 (2011, p. 98) significa “*gerir: providenciar conforto e controlo da dor a pessoas com doença terminal através de apoio físico, emocional, psicológico e espiritual.*”. Por sua vez, a *ação paliativa* segundo a Direção Geral de Saúde (2005, p.6), significa “*qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. (...) são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.*”

Deste modo a sedação paliativa tem como objetivo induzir uma diminuição da consciência, (que permita diminuir com profundidade suficiente, mas também com uma previsível irreversibilidade) um doente em fim de vida, através da administração deliberada de fármacos em doses e combinações adequadas, no sentido de um controlo e alívio de sintomas refratários, que não respondem a todas as outras medidas disponíveis para esse fim, e com o consentimento implícito, explícito ou delegado do doente (Pereira, 2010; Barbosa, 2010; Lacerda *et al.*, 2014; European Association for Palliative Care (EAPC), 2009).

A sedação paliativa é utilizada para controlo sintomático e não se encontra relacionada com a diminuição da sobrevida dos doentes (Lacerda *et al.*, 2014; Nogueira *et al.*, 2012).

Segundo Twycross (2001) a experiência clínica indica que aqueles à qual a dor é aliviada tendem a viver durante mais tempo, relativamente aos que vivem continuamente com uma dor intensa, não remittente.

Uma outra problemática muito debatida, e que suscita muitas dúvidas trata-se do *princípio do duplo efeito*, este significa que “*se as medidas tomadas para aliviar o sofrimento físico ou mental provocarem a morte do paciente, estas tornaram-se moral e legalmente aceitáveis, desde que a intenção do médico seja aliviar e não matar o paciente*” (Twycross, 2001, p.24). Contudo o fato de não se entender que o princípio do duplo efeito possui caráter universal, e a falsa convicção de que a morfina tem por objetivo encurtar a vida de um doente terminal, leva a que se possa afirmar que este princípio apenas encobre a eutanásia. Porém “*o termo eutanásia significa literalmente boa morte, morte sem*

sofrimento” (Twycross, 2001, p. 28). Ou seja trata-se de atender a um pedido feito pelo doente (direito à autonomia), no sentido de por fim à sua vida, e não de induzir uma diminuição da consciência do mesmo, recorrendo a fármacos rigorosamente titulados, no sentido de eliminar/ diminuir sintomas refratários.

Devem ser considerados os seguintes critérios na implementação da sedação paliativa, *“intencionalidade, proporcionalidade, autonomia na tomada de decisão e antecipação prematura da morte”* (Barbosa, 2010, p.741.) Ainda segundo o mesmo autor a sedação paliativa contém três características fundamentais, que devem ser sempre levadas em consideração, nomeadamente a *“temporalidade”* podendo ser (permanente ou intermitente), o *“objectivo”* se tem por base o (controlo sintomático físico e/ou psicológico) e a *“intensidade”*, na medida em que, pode ser superficial (a pessoa apresenta-se consciente) e profunda (a pessoa está inconsciente). Assume ainda várias modalidades, nomeadamente *“ligeira”* ou *“profunda”*, *“primária”* ou *“secundária”* e *“intermitente”* ou *“contínua”* (Barbosa, 2010, p.742; Nunes & Rego, 2010).

A intensidade da sedação deve ser ajustada face ao doente, na medida em que forneça o alívio adequado de sintomas, deve ser iniciada uma sedação superficial em primeiro lugar, esta torna-se vantajosa em algumas situações, na medida em que permite ao doente um estado de *“conscious sedation”*, em que este mantém a capacidade de responder a estímulos verbais, proporcionando ainda o alívio adequado dos sintomas, mantendo a sua capacidade interativa. Já a sedação contínua e profunda, segundo Cherny et Radbruch (2009) deve ser uma opção quando a sedação superficial, já se revela ineficaz, deverá ser considerada em primeiro lugar se o sofrimento é intenso; o sofrimento é definitivamente refratário; a morte está prevista em algumas horas ou dias; o desejo do doente é explícito e em situações de emergência tais como hemorragia maciça ou asfixia.

Por sua vez, a Associação Portuguesa de Bioética (2010) propõe as seguintes *guidelines* sobre a sedação paliativa contínua, nomeadamente o doente deverá possuir uma doença terminal; o tempo que resta até à morte pela doença deverá ser menor ou igual ao tempo até à morte por desidratação impelida pela sedação paliativa; deverão existir sintomas graves e severos para as quais não existe tratamento adequado na perspetiva do doente; a preservação da consciência é uma das considerações do doente; o consentimento válido e eficaz foi prestado pelo doente ou pelo seu representante legal; consta por escrito no processo clínico do doente a Ordem de Não- Reanimar e o doente encontra-se num profundo sofrimento existencial, para a qual todas as alternativas de tratamento razoável e efetivo são para o mesmo inaceitáveis (Nogueira *et al.*, 2012). Acrescenta além dos supramencionados mais dois critérios específicos, designadamente a avaliação espiritual, efetuada por um médico especializado, ou por um membro pertencente à igreja e a discussão face à continuidade do suporte nutricional e hidratação.

A EAPC considerou, em 2009 a sedação paliativa como uma prática importante e necessária ao cuidar de doentes em cuidados paliativos, contudo requer uma aplicação prudente e o recurso a boas práticas clínicas, pois negligenciar determinadas práticas, pode levar a uma conduta antiética, definindo um quadro de recomendações para a implementação da sedação paliativa, ou seja é imperativo que todos os profissionais da instituição atendam de uma forma interdisciplinar e multiprofissional, avaliando a história clínica do doente, investigações pertinentes face ao mesmo, exames físicos, avaliação psicológica, estimativas face ao prognóstico do doente, avaliação da capacidade do doente para tomar decisões face aos seus cuidados, ou seja se este se encontra detentor das suas faculdades mentais,

caso este evidencie dúvidas face à sua capacidade de decisão, poderá ser requerida a avaliação por um psiquiatra, e após validação da autorização do doente é importante a presença da família aquando da tomada de decisão.

Os sintomas mais comuns para o uso da sedação paliativa são, a agitação, delírio, dispneia, dor e convulsões. Determinadas situações de emergência nomeadamente hemorragia maciça, asfixia, dispneia grave terminal ou dor incontroável, também podem ser indicativos para o uso de sedação paliativa (Cherny et Radbruch, 2009).

Segundo a EAPC (2009) para a sedação paliativa utilizam-se as benzodiazepinas (midazolam, lorazepam e flunitrazepam), os neurolépticos/ antipsicóticos (levomepromazina, clorpromazina), os barbitúricos (fenobarbital) e o anestésico geral (propofol).

Na nossa sociedade a família sempre desempenhou um papel central na socialização e desenvolvimento dos seus membros, desde sempre o indivíduo procurou o apoio necessário à superação das diferentes crises com que se foi deparando ao longo da sua vida na família, pois independentemente da sua estrutura é à família que recorrem a fim do restabelecimento do seu equilíbrio (Guarda *et al.*, 2010).

A família pode ser entendida como sendo um “*grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes*” (CIPE, 2011, p.115).

Pereira (2010, p.63) considera que “*membros da família são todas as pessoas que a pessoa doente considerar como tal e que, com ela, constituam uma unidade social, uma rede de relações pautada pela proximidade, intimidade e afecto*”.

A pessoa significativa para o doente, é aquela que ele mais gosta e normalmente com quem partilhou os melhores momentos da sua vida, fazendo parte deste grupo o cônjuge, os filhos, pais, irmãos ou outro familiar próximo, sendo importante conhecer esses elementos no sentido de darem amor, carinho e atenção e assegurarem que todas as vontades e preferências do doente são respeitadas (Pacheco, 2014).

Por sua vez Vieira (2009, p.83), destaca pessoa significativa como sendo “*as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados*”.

Sempre que um dos elementos da família adoecer, não é só o indivíduo que se encontra doente, mas sim todos os elementos pertencentes à mesma, sendo que toda a estrutura familiar irá sofrer alterações ao nível da sua organização e funcionamento, como tal constituem uma unidade funcional a cuidar pela equipa de saúde (Guarda *et al.*, 2010).

Segundo Pacheco (2014) a família não pode ser esquecida, uma vez que a estabilidade desta é fundamental para que se sinta com capacidades para apoiar o seu familiar doente.

A relação que o enfermeiro estabelece com a família do doente é de extrema importância na medida que influencia diretamente na qualidade de vida deste e constitui igualmente um imperativo ético (Osswald, 2014).

A família é quem melhor e mais profunda e intimamente conhecem o doente, pelo que a sua inclusão nos cuidados é de valiosa importância. Apesar de toda a exaustão do cuidar, acompanhar o familiar em fim de vida é de importância vital para o mesmo, referindo este como tempo único e

gratificante, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento espiritual e pessoal do cuidador (Guarda *et al.*, 2010).

Pereira (2014, p.65), subscreeve “*os familiares possuem um conhecimento mais profundo sobre os gostos, hábitos e desejos da pessoa do que os profissionais de saúde, o que constitui um contributo importante para o cuidar do doente.*”

Os profissionais de saúde, sabendo que a família possui um papel fundamental para o doente, não a devem substituir naquilo que ela melhor conhece, e melhor pode realizar pelo interesse e preocupação do doente, pelo contrário deverão ter bem presente que muito há a aprender com os familiares, e que todos os momentos de encontro deverão ser oportunidade para recolher informação pertinente acerca do doente, antes de este se encontrar doente, de modo a que o profissional de saúde possa ser o mais eficiente possível, em situações de desânimo e desamparo por parte do doente (Pacheco, 2014).

Do mesmo modo que cada pessoa é única e vivência os acontecimentos de um modo muito particular, também as famílias devem ser vistas como unidades únicas, em contextos diferentes das outras. Pois cada família utiliza as suas próprias estratégias de defesa e muitas relacionadas com o tipo de relação que dispunham com o doente.

Os cuidados paliativos são interdisciplinares e a sua abordagem envolve o doente mas também a sua família e comunidade, como já supramencionado, como tal muitos dos sentimentos que invadem os mesmos, reportando para o início da sedação paliativa, passam por tristeza, causada pela diminuição da capacidade de interação com a pessoa doente em fim de vida, dor antecipada, confusão/ não acordo/ consenso com a equipa quanto à indicação para a sedação, percepção de que a decisão pode ter sido precipitada, ou adiada de uma forma inadequada, e ainda percepção de que a sedação de uma forma direta ou indiretamente acelera o processo de morte (Cherny & Radbruch, 2009).

A família pode ainda encontrar-se angustiada por não saber como reagir face às reações e comportamentos que o doente vai tendo à medida que vai tomando consciência da sua finitude. Pois o relacionamento entre a pessoa em fim de vida e a família poderá modificar-se, e este vai depender muito da capacidade física e psicológica da família para lidar com a situação. Contudo muitas vezes existe outro obstáculo à mesma nomeadamente o fato do doente se encontrar internado e a família ter dificuldade em estabelecer um relacionamento íntimo com o doente, e sentir-se como que deslocada, por se encontrar numa instituição, rodeada de profissionais que cuidam do seu familiar (Pacheco, 2014).

Por si só o internamento é gerador de angústia, dor e sofrimento para a família, contudo esses sentimentos exacerba-se ainda mais, por exemplo, quando existem barreiras à comunicação com o seu familiar, que é o que acontece muitas vezes quando iniciam sedação, uma vez que existe uma diminuição da consciência, se por um lado ficam mais tranquilos por verem menos agitação, sofrimento do doente, por outro lado encontram-se com dificuldades em comunicar com o mesmo, assim sendo compete aos profissionais de saúde, incentivar a família a permanecer junto do doente, pois a oportunidade de reconciliação, resolução de problemas pendentes, a manifestação de sentimentos, de agradecimento, de despedida, podem ser fundamentais para ultrapassarem a fase do luto.

Deve ser incentivada e dada oportunidade à família de estar presente nos últimos momentos que antecedem a morte sendo benéfico para ambos, pois o doente certamente se sentirá mais tranquilo por sentir que não está sozinho, desamparado e a família pelo fato de estar consciente que o doente morreu tranquilo, prevenindo assim sentimentos que possam desencadear lutos patológicos (Pacheco, 2014).

Todo o processo de aproximação à morte é envolto em grande sofrimento pela que família necessita de apoio para se adaptar à nova realidade e ser capaz de oferecer apoio ao doente, no entanto este apoio não deve cessar quando a pessoa morre, mas sim dar a abertura necessária para que possam recorrer a um profissional de saúde de referência, a fim de serem ouvidos exprimindo assim os seus sentimentos (Pacheco, 2014).

Os profissionais de saúde são considerados agentes da humanização, na medida em que o seu agir visa o respeito pela dignidade e liberdade do doente, evitando a todo custo o que possa representar dor, sofrimento, humilhação e discriminação, serão os responsáveis de uma verdadeira humanização de cuidados (Osswald, 2014; Vieira, 2009).

No que concerne às *intervenções dos enfermeiros* estas são a materialização do agir do enfermeiro, e como nos descreve n.º 1 do artigo 78º do CDE devem pautar pela “(...) *defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”.

Ao nível da sua intervenção, está contemplada no artigo 9.º do REPE que estas podem ser autónomas ou interdependente. As intervenções autónomas, são realizadas pelos enfermeiros, sob sua única responsabilidade de acordo com as suas qualificações profissionais, tal como define no n.º 2, ao passo que as interdependentes desenvolvem-se em complementaridade funcional com os outros profissionais de saúde, como vem consagrado no n.º 3, com a finalidade conjunta de atingir o mesmo objetivo, assumindo contudo também responsabilidade sobre a mesma, não esquecendo o que explana o n.º 3 do artigo 8.º do mesmo regulamento que quando estes atuam em complementaridade funcional estão dotados de igual nível de dignidade e autonomia do exercício profissional, de onde advém a responsabilidade na ação.

As intervenções de enfermagem ao nível dos cuidados paliativos, passa muito pelo alívio dos sintomas angustiantes, pela prestação de cuidados a doentes que se encontram em fim de vida, preparação do corpo após a morte deste, apoio, cuidado dos familiares enlutados, tem constituído uma parte extremamente importante por parte da enfermagem (Magalhães, 2009).

Tal como consagra o artigo 87.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas do final de vida, devem defender e promover o direito do doente à escolha das pessoas que deseja para acompanhá-lo na sua fase final de vida, e respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda manifestadas pelo doente em fase terminal e pela família.

O reconhecimento da dignidade baseia-se na natureza da pessoa humana, compreendendo manifestações de racionalidade, finalidade, e de liberdade. Em Portugal o direito à defesa da dignidade da pessoa humana encontra-se descrito no artigo 1.º da Constituição da Republica Portuguesa.

Assim como as nossas” (...) *intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)*,” como determina o n.º 1 artigo 78.º (EOE).

Os profissionais de saúde devem averiguar as reais necessidades dos familiares de modo a que possam desempenhar as suas funções na totalidade, “*cuidar da família do doente terminal passa, sobretudo, por saber ouvir, mostrar disponibilidade e compreensão*” (Guarda et al., 2010, p.754)

Twycross (2001) considera o apoio à família como parte indissociável dos cuidados paliativos, pois uma família contente aumenta a probabilidade de contentamento do doente. Esse apoio deve ser facultado quer ao nível da tomada de decisão, quer ao nível da prestação de cuidados e até mesmo como próprios recetores de cuidados (Pereira, 2010).

Uma vez que são os enfermeiros que mais intervêm ao nível da prestação de cuidados, compete a estes conceder a possibilidade de colaborarem na prestação de cuidados, designadamente ao nível da prestação de cuidados de higiene e conforto, na administração da alimentação, a inclusão dos familiares, pode fazer com que o doente se sinta apoiado e acompanhado, contribuindo assim para a vivência destes últimos dias de uma forma mais serena, com menor ansiedade. Todavia a família poderá deparar-se com algumas questões práticas, devendo as mesmas ser esclarecidas pelo enfermeiro. Por conseguinte as intervenções de enfermagem, tem por objetivo capacitar os familiares para uma efetiva prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e comporta três ações cruciais, nomeadamente “(...) o esclarecimento de eventuais questões por parte dos familiares, facultando-lhes a informação que consideram necessária e pertinente, e proporcionando-lhes todo o apoio e ajuda de que necessitem (...)”, estas ações passam pelo estabelecimento de uma relação de ajuda honesta e verdadeira, e implicam o estabelecimento de uma comunicação eficaz (Pereira, 2010, p.66).

No entanto a equipa de cuidados paliativos deverá estar desperta para eventuais problemas e dificuldades (de ordem social, cultural e económica) que os familiares possam estar a ultrapassar no sentido de os poder integrar e apoiar, determinando assim a melhor intervenção a adotar em termos de inclusão dos familiares nos cuidados, indo de encontro às necessidades dos mesmos. Neste sentido o agendamento regular de conferências familiares pode ser uma mais-valia, no sentido de valorizar o esforço e trabalho realizado pelos familiares e de direcionar os cuidados reais aos mesmos, tendo em conta as suas dificuldades e necessidades (Pereira, 2010).

Pacheco (2014) considera o enfermeiro como o elemento da equipa multidisciplinar que normalmente é mais solicitada pela família, quando se trata do esclarecimento de dúvidas, de dar apoio, de pedir sugestões e até mesmo apoio emocional. Considera igualmente o enfermeiro como sendo o que mais se preocupa em atender o doente e a sua família, e o que mais aprende com esta e o mais conhecedor dos gostos, ideologias e convicções do doente. Ou seja este encontra-se numa posição em que tanto apoia o doente como a sua família, facilitando a relação entre ambos, e capacitando os familiares para formas de comunicar e estar com o doente eficazes. Assim sendo o enfermeiro para uma melhor compreensão e orientação dos familiares deverá observar a interação entre os mesmos e com o doente, escutar quando solicitada a sua atenção, permitir que estes expressem livremente as suas dúvidas e sentimentos, desmistificando conceitos, aceitando as respostas individuais, devolvendo e clarificando o misto de sentimentos pela qual são invadidos, devem ainda mantê-los informados, e reforçar os laços familiares, no sentido de se apoiarem mutuamente.

Neste sentido a equipa deve permitir, e incentivar os familiares a permanecer junto do doente, a dormir, promovendo privacidade, espaço acolhedor, incentivando a entrada de objetos pessoais que lhe são familiares, carregados de simbologia. A equipa deverá fornecer informações regulares e atualizadas face a toda a situação clínica do doente, nomeadamente, mudanças de plano terapêutico, prognóstico da doença, assim como prepará-los para o momento da morte, informando-os que esperar no processo de morte, as famílias necessitam de tranquilidade, apoio emocional, que deve ser uma constante ao longo de todo o internamento. No momento que procede a morte, deverá ser dada à família oportunidade de expressar toda a sua tristeza, debater qualquer dúvida pendente, e validar todo o seu contributo durante o internamento (Cherny & Radbruch, 2009; Nogueira *et al.*, 2012).

Tal como nos refere Meleis (2010), devemos ser facilitadores das transições pela qual a pessoa passa, considera que o conceito de transição emerge da interação da pessoa com o ambiente que a

rodeia, conferindo assim identidade à mesma, e que no caso concreto de saúde-doença, o enfermeiro, como interveniente de cooperação, deve incluir o contexto socio-cultural desta, servindo de suporte no processo transaccional. Alude ainda ao facto que as transições conferem à pessoa desenvolvimento de novo conhecimento/ capacidades, assim como a um ajuste de comportamentos (no âmbito das relações e das suas expectativas de vida) permitindo deste modo uma mudança de Si, e em Si.

Shumacher & Meleis (1994) in Aligood & Tomey (2010) identificaram a existência da intervenção terapêutica do enfermeiro no processo de transição, inicialmente na avaliação e compreensão holística da pessoa de modo a identificar quais os tipos e padrões de transições que a pessoa está a passar. Em segundo, a preparação para a transição, assegurando a criação de condições ideais para a transição. A terceira, consiste na suplementação de papéis, em que o enfermeiro ensina, instrui e substitui a pessoa na construção e desenvolvimento da transição.

Intersectando os aspetos psicológicos da doença terminal, com a teoria da transição, podemos então fazer jus ao supramencionado. É nesta transição de cuidados, que a nossa intervenção ganha ainda mais relevo, no sentido de sermos facilitadores de várias transições pela qual a pessoa em fim de vida e sua família se encontram a passar, Meleis (2012), refere que a pessoa ao longo da sua vida passa por quatro tipos de transições, reporto-me apenas à de natureza saúde/doença relacionada com os processos de recuperação de situações de doença, assim como o conhecimento de diagnósticos de doenças.

Os padrões das transições podem ser simples ou múltiplas, podem ser simultâneas ou sequenciais, ou podem estar relacionadas ou não de acordo com a natureza destas. Como confirma Meleis (2010) a pessoa pode atravessar várias transições de diferentes tipos ao mesmo tempo sendo fulcral a abordagem holística da pessoa, sendo um dos aspetos centrais dos cuidados paliativos, o modelo de cuidados holísticos, centrados na pessoa doente, considerando a pessoa na sua integralidade, pois só assim é possível aliviar o seu sofrimento, e respeitar a dignidade da pessoa humana, em situação fim de vida (Pereira, 2014).

Segundo Meleis in Aligood & Tomey (2010) existem condicionantes que podem influenciar (facilitar ou a inibir) o processo de transição, associada ao grande património cultural, de crenças, valores e significados que a própria pessoa tem de si, assim como a identidade que assume na sua comunidade onde interage, ou na sociedade onde se insere. O seu próprio nível socioeconómico, a preparação que fez da transição e o conhecimento proveniente de transições semelhantes são também condicionantes no processo de transição, é fundamental um conhecimento aprofundado por parte do enfermeiro, de todas estas vivências para que se consigam cuidados de excelência, sendo um dos princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) inserido no EOE no artigo 78.º do n.º3 da alínea c) “*a excelência do exercício na profissão em geral (...).*”

Os padrões de respostas assentam na avaliação das condições da pessoa no final da transição, como está a lidar consigo, como interage, a confiança que demonstra e as estratégias de coping que desenvolveu. Os indicadores de resultados caracterizam-se na avaliação do domínio das capacidades e habilidades adquiridas e da forma como a pessoa se sente com a sua nova identidade desenvolvida, que caracteriza a sanidade da transição, e se traduz em ganhos na saúde (Meleis *et al.*, 2000, in Aligood & Tomey, 2010).

Segundo Deodato (2008, p.29) a tomada de decisão é uma “*(...) componente fundamental do exercício da autonomia profissional do enfermeiro, (...) que lhe permite a efectivação dos actos*

profissionais". Considerando assim a tomada de decisão "(...) enquanto expressão da autonomia profissional." Aquando do processo de tomada de decisão por parte do enfermeiro, importa o reconhecimento dos princípios e valores, e de que maneira, estes se consubstanciam no plano deontológico e jurídico, de modo a que a adequação dos atos seja a mais análoga possível (Deodato, 2008).

Um dos pressupostos da tomada de decisão clínica nos doentes em fim de vida passa pelo objetivo primordial dos cuidados paliativos, sendo ele o de prevenir e tratar adequadamente os sintomas indesejáveis, diminuindo assim o sofrimento do doente e não aumentando o mesmo, assente no respeito inquestionável pela vida humana (Neto, 2010).

Ainda segundo a mesma autora, as questões que se levantam no fim da vida encontram-se envoltas numa enorme dimensão ética. Face a doentes que se encontram com um diagnóstico de uma doença avançada e progressiva, e documentadamente incurável, é realizada a deliberação, mediante qual o plano terapêutico mais adequado à luz dos princípios éticos.

Deliberar não significa a procura de uma unanimidade, significa antes acautelar decisões imprudentes. Para o processo de deliberação concorrem fundamentos científicos, éticos, deontológicos, jurídicos, culturais, religiosos e filosóficos (APCP, 2014).

Quanto ao princípio da beneficência e da não maleficência, mediante a inevitabilidade da morte é notório a não justificação de determinadas medidas terapêuticas, sendo que os "*malefícios*" seriam superiores aos benefícios, e em nada prolongaria a vida da pessoa, apenas acarretaria mais dor e sofrimento. Com base nesta deliberação e à luz de um outro princípio fundamental o da autonomia, compete à pessoa encontrando-se esta detentora das suas faculdades mentais decidir aceitar ou recusar determinado tratamento/ procedimento, desde que devidamente informado e esclarecido, sendo que este princípio da autonomia se encontra diretamente relacionado com o consentimento livre e esclarecido, na medida em que é dado ao doente todas as informações necessárias para o mesmo decidir (Neto, 2010).

Relativamente ao 4.º princípio, o da justiça poderá ainda segundo a mesma autora ter uma conotação relacionada com a gestão de recursos, contudo esta questão não deve ser o único determinante na tomada de decisão, assim como não devem servir com instrumento de pressão. A justiça revela-se antes como "(...) a prestação directa bem como a gestão e organização dos cuidados fundamenta-se num juízo sobre a necessidade ou carência em cuidados de enfermagem, a partir do direito a cuidados de saúde e da igualdade de oportunidades, em sentido vertical e horizontal" (Nunes, 2006, p.464). Nenhum destes quatro princípios se encerra em si mesmo, pelo contrário, podem gerar situações de conflito, muito embora perfilham uma certa interdependência e equilíbrio entre os mesmos.

Entende-se por tratamento fútil, aquele à qual as medidas terapêuticas implementadas se revelaram inapropriadas, ou seja em nada correspondem ao objetivo central da prática dos cuidados paliativos, designadamente proporcionar conforto. No entanto a decisão de que determinada intervenção terapêutica é fútil ou não, não deve partir de uma única individualidade, mas sim que "(...) o exercício destas duas autonomias seja entendido como um conjunto de obrigações relacionais – mas não uma contra a outra – no contexto das quais se estabelece a chamada aliança terapêutica" (Neto, 2010, p.24).

Como já supra citado para este recurso à autonomia por parte do doente é claramente necessário que este se encontre competente, detentor das suas faculdades mentais, para assim manifestar a sua vontade. No entanto este estabelecimento do ser competente ou não para tomar decisões nem sempre é tão linear quanto isso, de modo a que o emprego de uma linguagem adequada e

o recurso a um diálogo esclarecedor são essenciais para garantir o maior envolvimento do mesmo na tomada de decisão.

Tanto o doente como os valores da família devem ser respeitados, com o intuito de reduzir o seu sofrimento, deve ser fornecido cuidado individualizado e exploradas todas as alternativas (a nível psicológico, espiritual) e meios, de modo a que quando se inicie a sedação paliativa, este seja realmente o último recurso (Abarshi *et al.*, 2014).

Sempre que possível deve ser feita uma avaliação interdisciplinar que deve incluir a história do doente, todos os exames e “investigações” relevantes, bem como um exame físico. De referir que esta avaliação deve excluir qualquer deterioração aguda causada por uma complicação de uma doença tratável. Deve ser feita ainda uma avaliação psicológica, e reunida a informação possível junto dos familiares e prestadores de cuidados. Esta avaliação deve comportar quanto ao prognóstico estimado, se a morte está prevista para minutos a horas, horas a dias ou dias a semanas.

Quando em situações não críticas é importante gerir com os doentes que apresentam capacidade de decisão, os objetivos, riscos, benefícios face à sedação proposta. Após validação do doente é vantajoso efetuar esta tomada de decisão com a participação da família, pois esta abordagem maximiza a comunicação (Nogueira *et al.*, 2012; Cherny & Radbruch, 2009).

De salvaguardar as situações em que a participação do doente não é possível, cabendo então a decisão ao médico, baseado em toda a informação clínica do mesmo, recorrendo ainda à equipa e família ou pessoa significativa. Na ausência de “diretivas antecipadas da vontade”, a decisão recairá na defesa dos melhores interesses do doente.

No processo de tomada de decisão o estabelecimento de um prognóstico é imprescindível, sendo que este envolve aspetos quantitativos e qualitativos, contudo esta determinação apesar de não ser uma ciência exata permite fazer estimativas com alguma credibilidade, nomeadamente através do “Índice de Karnofsky” (Neto, 2010, p.28).

Este prognóstico deve ser feito com base na evolução da doença, através de instrumentos validados, escalas de declínio funcional, presença ou ausência de falência de algum órgão vital, presença ou ausência de fatores adversos, grau de desempenho bastante baixo, dispneia, anorexia, nível de ingestão da via oral, delírio e edema. Mencionar ainda que esta avaliação inclui ainda a capacidade do doente quanto à tomada de decisão face aos cuidados, tais como, “*o doente pode expressar a sua própria vontade; o doente pode compreender as informações pertinentes; o doente pode entender e reconhecer as consequências da sua escolha*”. Se a capacidade de decisão deste se revelar duvidosa, poderá ser requerida a avaliação por um psiquiatra (Cherny & Radbruch (2009, p.584).

Mediante o estabelecimento de um prognóstico e existindo a unanimidade da inevitabilidade da morte daquele doente é de ressaltar o princípio da “*proporcionalidade*”, ou seja os meios utilizados deverão em função do doente cuidado considerar-se proporcionados/ desproporcionados, tendo em conta as vantagens e desvantagens. O objetivo de proporcionar os devidos cuidados tendo em conta, a pessoa e o local certo e o tempo adequado, é a meta diária dos profissionais de saúde. Assim sendo para uma boa tomada de decisão em cuidados paliativos, “*(...) há que à partida contar com e assumir a complexidade, 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, por último mas não menos importante, trabalhar verdadeiramente em equipa interdisciplinar*” (Neto, 2010, p.35).

2- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O método de investigação deve ser selecionado de acordo com a questão de investigação e os objetivos a que se propõe atingir.

2.1- Tipo de estudo

De modo a poder firmar uma tomada de decisão com base na evidência da investigação científica sobre um determinado tema é preponderante que se analise o que já foi estudado, reunindo, analisando e sintetizando o conhecimento que já foi desenvolvido, e assim encontrar fundamentos que se tornem relevante para a construção de novo conhecimento. Dos métodos de revisão da literatura, a revisão integrativa da literatura é o mais amplo, tendo como principal vantagem a inclusão de pesquisa quase-experimental e experimental, de literatura teórica e empírica o que permite uma compreensão mais abrangente do tema selecionado. Broome (2000)

Segundo Whittemore et Knafl (2005) o método de revisão integrativa permite facilitar a divulgação do conhecimento, uma vez que, um único estudo traduz os resultados das pesquisas anteriormente realizadas, potenciando uma construção uniforme e fundamentada do conhecimento em enfermagem que possa permitir uma prática clínica de qualidade.

Para que uma revisão integrativa da literatura possa traduzir uma intervenção eficaz no cuidar em enfermagem, é preponderante que se descrevam e cumpram as principais etapas que lhe conferem validade científica. Deste modo, Mendes *et al* (2008) encontraram um consenso da enumeração de seis etapas distintas consideradas pelos principais autores e defensores desta metodologia científica Whittemore et Knafl (2005); Broome (2000); Beyea et Nicoll (1998); Ganong (1987) que são:

- 1ª Etapa-** Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- 2ª Etapa-** Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/Amostragem resultante na pesquisa em bases de dados;
- 3ª Etapa-** Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;
- 4ª Etapa-** Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5ª Etapa-** Interpretação dos resultados;
- 6ª Etapa-** Apresentação da revisão/ Síntese do conhecimento.

2.1.1- Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

A identificação do problemática a desenvolver é um passo importante uma vez que vai contribuir para a condução de uma revisão integrativa da literatura bem estruturada. A problemática a desenvolver deve ser definida de forma clara, pois a objetividade inicial direciona o processo de investigação para identificar conclusões de facilitam a sua aplicabilidade na prática (Ganong, 1987).

É de referir que uma questão de pesquisa bem formulada facilita a identificação das palavras-chave e consequentemente a pesquisa dos estudos. Broome (2000) e Polit et Beck (2006) referem que a

questão a utilizar numa revisão integrativa da literatura pode demarcar uma ou várias intervenções ou práticas da área de enfermagem.

Para esta revisão integrativa da literatura formulou-se a questão de investigação:

“Quais as intervenções de enfermagem à família da pessoa em fim de vida aquando da tomada de decisão de sedação paliativa?”

Deste modo, o principal objetivo deste trabalho visa identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à família da pessoa doente em fim de vida, aquando da tomada de decisão para sedação paliativa.

2.1.2- Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/ Amostragem resultante da pesquisa em bases de dados

Após a identificação do tema a estudar e da questão de investigação importa definir as estratégias de pesquisa de forma rigorosa, que garantam o rigor do processo metodológico, servindo de indicador que certifica a confiabilidade, a amplitude e o poder de generalização das conclusões da revisão (Whittemore , 2005); (Ganong, 1987).

2.1.2.1- Estratégias de pesquisa

Para o presente estudo utilizou-se uma plataforma de pesquisa eletrónica **EBSCOhost-Research Databases**, ao qual estão indexadas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da Enfermagem. A partir desta plataforma selecionaram-se as bases de dados bibliográficas electrónicas CINAHL® withFullText, MEDLINE® withFullText e Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition.

Com base na questão de investigação foram extraídas as palavras-chave que se consideraram pertinentes para a pesquisa de investigação. Os termos foram selecionados através dos descritores controlados de cada base de dados, e de acordo com as palavras-chave: “intervenções de enfermagem”, “família”, “tomada de decisão”, “sedação paliativa” e “fim de vida”, que adiante se esquematizam.

	CINAHL® withFullText	Medline® withFullText	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition
Descritores	CINAHL Headings	MeHS	Subjects
Intervenções de Enfermagem	Nursing interventions, Nurses attitudes	Nursing, Nurses, Evidence-Based Nursing	Nurses, Nursing
Família	Family, Caregivers		Families
Tomada de Decisão	Decision Making		
Sedação Paliativa	Sedation, Conscious Sedation	Conscious Sedation	Conscious Sedation Terminal Sedation
Fim de vida	Palliative care Terminal care Terminal ill		

Quadro 1- Descritores das bases de dados dos termos em estudo.

Posteriormente recorreu-se ao operador booleano “OR” para combinar os termos referentes aos descritores supracitados, de modo a conseguir encontrar pelo menos um dos termos na pesquisa realizada, e aumentar a amostragem. Da junção da série dos termos acordados para a revisão foi combinada com o operador booleano “AND” que associado ao anterior, permitirá limitar um conjunto de estudos para o tema em análise. Desta descrição resultou a seguinte operação booleana:

(Nursing interventions OR Nurses attitudes OR Nurses OR Nursing OR Evidence-Based Nursing) **AND** (Family OR Caregivers OR Families) **AND** (Sedation OR Conscious Sedation OR Terminal sedation) **AND** (Decision making) **AND** (Palliative Care OR Terminal Ill OR Terminal Care)

Ilustração 1: Fórmula Booleana

Com o propósito de recolha e análise de evidência científica mais recente utilizaram-se os limitadores de pesquisa:

- Pesquisa de artigos num universo temporal dos últimos 5 anos, ou seja entre o ano 2008 ao ano 2014;
- Considerar os estudos que se encontram disponíveis nas bases de dados seleccionadas em texto completo;

A pesquisa realizou-se do dia 5 de Outubro de 2014.

2.1.2.2- Seleção dos estudos

A amostra de uma revisão integrativa da literatura resulta dos artigos seleccionados após inclusão dos critérios de seleção e de exclusão, por isso estes devem estar bem delineados, de modo a conferir validade científica à investigação.

Da combinação da questão de pesquisa, com o tipo de estudo que orienta a questão, a população alvo do estudo e as intervenções a identificar permite a formulação dos critérios de seleção.

Esquematiza-se no seguinte quadro os critérios de selecção dos estudos encontrados com a operação booleana anteriormente descrita:

Crítérios	Seleção	Exclusão
Tipo de população alvo	- Famílias de pessoas doentes em fim de vida a quem se toma a decisão de sedação paliativa; - Pessoas doentes em fim de vida a quem se toma a decisão de sedação paliativa	- Famílias de Pessoas doentes que não estão em fim de vida; - Pessoas doentes em fim de vida a quem não se toma a decisão de sedação paliativa
Tipos de intervenções	Intervenções de enfermagem	De outros grupos profissionais
Tipos de resultados	Identificação das intervenções de enfermagem à família aquando da tomada de decisão de sedação paliativa à pessoa doente em fim de vida	-

Quadro 2- Critérios de seleção do estudo.

De modo a identificar a amostra do estudo aplicam-se os critérios de seleção de exclusão acima identificados, procedendo-se inicialmente à leitura do título e posteriormente à leitura do resumo dos estudos seleccionados para avaliar se são considerados potencialmente relevantes para o estudo em questão.

A exclusão dos estudos aplica-se àqueles que não correspondam a pelo menos um dos critérios de seleção supracitados.

2.1.3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos

Nesta etapa do processo de revisão da literatura pretende-se que se definam as informações a serem retiradas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para organizar e sistematizar as informações mais importantes (Broome, 2000).

Assim desenvolveu-se uma tabela que facilitará a colheita dos dados dos artigos e uma segunda tabela onde se incluíram as intervenções de enfermagem à família a quando da tomada de decisão para sedação paliativa à pessoa doente em fim de vida, enquadrando-as de acordo com o tipo de ação descritos no eixo de Classificação de Ação definidos na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) na sua versão 2.

Estudo	Título	Autores	Revista	Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E							

Quadro 3- Categorização dos estudos seleccionados

Potenciais “focos” de enfermagem	Ação	Intervenções de Enfermagem

Quadro 4- Recolha dos dados dos estudos

2.1.4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão

De modo a garantir a validade da revisão selecionada, os estudos devem ser lidos na íntegra e analisados detalhadamente e de forma crítica, com o propósito de procurar explicações e resultados diferentes ou conflituosos nos diferentes estudos (Beyea & Nicoll, 1998).

A competência clínica do revisor contribui na análise crítica dos estudos incluídos na pesquisa e dá suporte à tomada de decisão para o uso desses resultados na prática clínica. É de referir que a conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (Mendes *et al.*, 2008)

2.1.5- Interpretação dos Resultados

Esta etapa corresponde à discussão dos resultados, na pesquisa convencional. Assim, o revisor, fundamentado nos dados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realizada na fase anterior, compara-os com o conhecimento teórico, e assim, identifica as conclusões e as implicações resultantes da revisão integrativa. Dada a ampla revisão conduzida é possível extrair fatores que infiram na política e nos cuidados de enfermagem com implicações na prática clínica (Mendes *et al.*, 2008).

Desta discussão podem-se identificar algumas lacunas que permite ao revisor apontar como sugestão para futuras pesquisas, permitindo uma contínua melhoria na assistência à saúde Gonang (1987), citado por (Mendes *et al.*, 2008).

2.1.6- Apresentação da revisão e síntese do conhecimento

A revisão integrativa da literatura deve reunir a informação suficiente, sendo crucial a identificação de todos os processos realizados assim como de todas as etapas anteriores que permita ao leitor avaliar a sua pertinência dos procedimentos realizados, os aspetos relativos ao tema abordado e os detalhes dos estudos incluídos, permitindo diminuir os vieses (Mendes *et al.*, 2008).

Deste modo, esta etapa consiste na elaboração de um documento que contemple a descrição de todas as etapas desenvolvidas na elaboração desta revisão, assim como, os principais resultados imbuídos na evidência resultante da análise dos artigos incluídos, permitem produzir impacto científico, uma vez que sintetiza conhecimento sobre a temática pesquisada (Mendes *et al.*, 2008).

3- RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se representar a forma como se recolheram os dados desta revisão integrativa, importando agora materializar cada etapa criteriosamente, com vista ao esclarecimento dos resultados obtidos neste estudo. Deste modo, esquematizaremos os resultados da colheita de dados realizada, aplicação dos critérios dos estudos incluídos e os resultados obtidos através da sua análise crítica.

3.1 – Resultados das várias fases da pesquisa

Recorreu-se à plataforma de pesquisa **EBSCOhost- Research Databases**, para realizar a pesquisa de artigos indexados às bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da Enfermagem.

De seguida selecionaram-se as bases de dados bibliográficas eletrónicas: CINAHL® withFullText, MEDLINE® withFullText e Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition.

Identificaram-se os principais descritores de pesquisa de acordo com os termos da questão de investigação, e associaram-se os respetivos operadores booleanos, que resultaram na operação anteriormente descritos, e no dia 5 de Outubro 2014 procedeu-se à pesquisa nas bases de dados identificadas, aplicando os limitadores “*Texto Completo*” e “*Data de Publicação- de 2008 a 2014*”, e os resultados obtidos estão explanados no seguinte quadro:

Bases de Dados	N.º estudos encontrados	%
CINAHL® withFullText	8	42,1
MEDLINE® withFullText	6	31,6
Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition.	5	26,3
Total	19	100

Quadro 5- Estudos selecionados nas bases de dados

Das 19 publicações seleccionadas, 4 (21%) eram duplicadas, sendo que apenas 15 (79%) foram consideradas potencialmente relevantes.

Dada a reduzida quantidade de publicações encontrados para este estudo desenvolveu-se uma leitura de todos os títulos, os quais foram todos seleccionados e posteriormente leu-se o resumo, ao qual se analisou a informação contida e se aplicaram os critérios de inclusão e de exclusão já anteriormente escritos.

Assim emerge a elaboração do fluxograma que explica esta seleção:

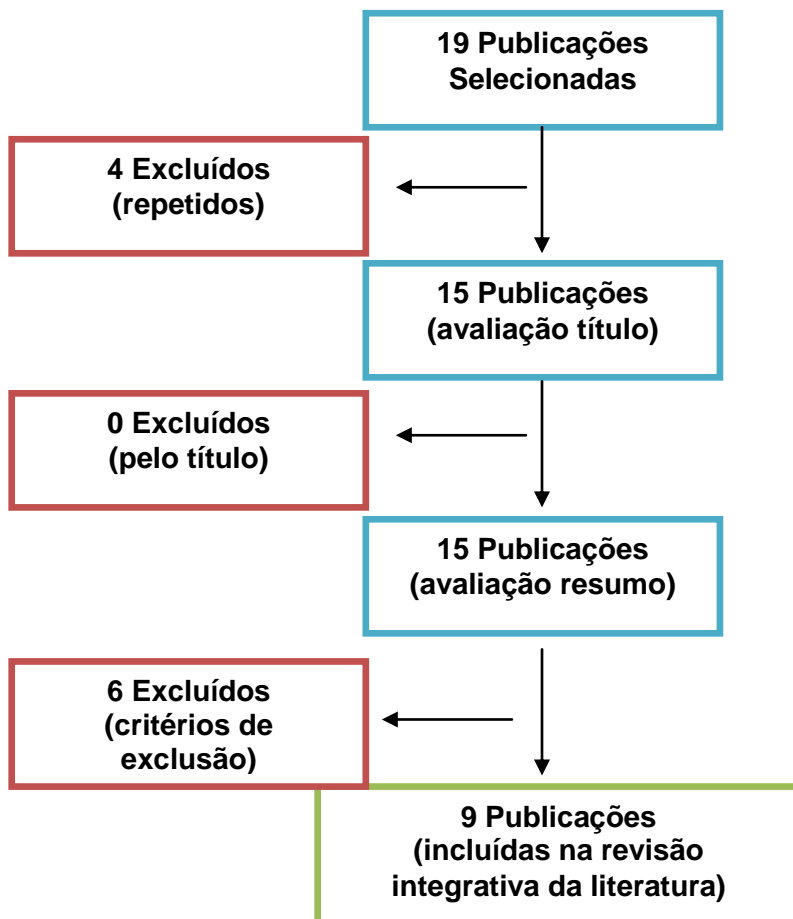


Ilustração 2: Fluxograma da seleção dos estudos incluídos

Encontrada a amostra desta revisão integrativa da literatura (9 publicações científicas) procedeu-se à sua leitura integral, nas quais se extraíram as intervenções de enfermagem com significado para responder à questão de investigação colocada. Resultante da seleção elaborada, destaca-se que os artigos analisados foram publicados nos anos de 2013 e 2011

De modo a facilitar a análise e interpretação dos dados obtidos, descreveu-se na **tabela 1** as principais características dos estudos, e na **tabela 2** as intervenções de enfermagem encontradas e agrupadas de acordo com os conceitos descritos no eixo da Classificação das Ações da CIPE versão 2, em ordem alfabética, e os possíveis focos a que estavam associadas, na análise dos artigos seleccionados.

Estudo	Título	Autores	Revista	Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
E1	<i>Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance.</i>	Jimmy J. Arevalo; Judith A. Rietjens, Siebe J. Swart; Roberto S.G.M. Perez; Agnes van der Heide	International Journal of Nursing Studies	2013	Estudo de Corte Transversal- Estudo quantitativo	Descrever a experiência dos enfermeiros na tomada de decisão e na realização da sedação paliativa contínua em doentes em fim de vida	277 Enfermeiros que responderam e devolveram os questionários aplicados a uma população total de 576 enfermeiros de várias instituições da Holanda.
E2	<i>Terminal delirium</i>	John Robinson	The Australian Journal of Cancer Nursing	2011	Dois estudos de caso com consulta aos registos do processo do doente em fim de vida.	Identificar os fatores causais que potenciam o <i>delírium</i> e analisar qual a gestão apropriada nas pessoas com <i>delírium</i> terminal	2 Pessoas doentes com <i>delírium</i> terminal
E3	<i>Palliative sedation: a focus group study on the experiences of relatives.</i>	Bruinsma, S.; Rietjens, J.; Van der Heide, A.	Journal Of Palliative Medicine	2013	Estudo qualitativo com recurso à entrevista	Analisar as experiências dos familiares com sedação paliativa e conhecer a avaliação dos elementos positivos e negativos na sedação paliativa	14 Familiares de doentes em fim de vida que receberam sedação paliativa até a morte na Holanda
E4	<i>Norwegian nurses' thoughts and feelings regarding the ethics of palliative sedation.</i>	Venke Gran S.; Miller J.	International Journal Of Palliative Nursing	2008	Qualitativos- Estudos exploratório descritivo com recurso questionário com perguntas abertas e fechadas.	Analisar se os enfermeiros noruegueses devem ou não ver a sedação paliativa profunda como um problema ético.	73 Enfermeiros com 3 condições de trabalho diferentes, na Noruega
E5	<i>Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia - professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study.</i>	Anquinet L.; Raus K.; Sterckx S.; Smets T.; Deliens L.; Rietjens J.A.C.	Palliative Medicine	2013	Qualitativa, com recurso a entrevistas a grupos focais.	Analisar a perceção dos cuidadores profissionais relativamente às semelhanças e às diferenças entre a sedação contínua (até à morte) e a eutanásia.	21 Cuidadores profissionais: Após divisão de 4 grupos focais: 2 grupos de médicos com 4 elementos cada (8 médicos) e 2 grupos de enfermeiras (1 com 4 e outro com 9 elementos) (13 enfermeiras). Todos os participantes já tinham acompanhado pessoas em fim de vida com sedação paliativa até à morte, na Bélgica.
E6	<i>Continuous Deep Sedation Until Death in Nursing Home Residents with Dementia: A Case Series.</i>	Anquinet, Livia; Rietjens, Judith A.C.; Vandervoort, An; van der Steen, Jenny T.; Vander Stichele, Robert; Deliens, Luc; Van den Block, Lieve	Journal of the American Geriatrics Society	2013	Quantitativo e qualitativo: Estudo Epidemiológica retrospectivo completado com uma análise de série de casos	Descrever as características do processo prévio de tomada de decisão para sedação paliativa profunda contínua até à morte dos residentes dos lar de idosos que morrem com demência e analisar essa prática de acordo com as características que refletem as recomendações das diretrizes da sedação paliativa.	20 Idosos com demência: nos 69 lares de idosos analisados, 11 dos 117 idosos com demência morreram com sedação paliativa, assim como 9 dos 64 idosos com quadro de uma demência avançada
E7	<i>Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses</i>	Brinkkemper T; Klinkenberg M.; Deliens L.; Eliel M.; Rietjens J.A.; Zuurmond W.W.; Perez R.S.	Journal Of Advanced Nursing	2011	Estudo quantitativo com uso de questionário	Avaliar experiências de enfermeiros envolvidos em sedação paliativa em casa de pessoas doentes em fim de vida, após a introdução de uma prescrição médica para sedação paliativa	201 Enfermeiros responderam ao questionário nacional enviado a 387 enfermeiros, na Holanda
E8	<i>Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice</i>	Bruce, Anne; Boston, Patricia	Journal of Advanced Nursing	2011	Revisão da literatura	Discutir sobre o uso de sedação paliativa como resposta ao sofrimento existencial intratável (não responde ao tratamento).	Revisão de artigos publicados entre 1996 e Dezembro de 2009 (Não está identificado quantos artigos constituíram a amostra da revisão)
E9	<i>Developing policy, standard orders, and quality-assurance monitoring for palliative sedation therapy.</i>	Ghafoor, Virginia L.; Silus, Lauren S.	Jornal Americano de Saúde-System Pharmacy	2011	Revisão da literatura para pesquisa de diretrizes/ <i>Guedelines</i>	Descrever o desenvolvimento de uma política que delineie consensos padronizados com base na evidência, quer na monitorização e na administração da terapêutica, na sedação paliativa.	4 Artigos científicos

Tabela 1- Resultado dos estudos selecionados

Potenciais focos de enfermagem	Ação	Intervenções de Enfermagem
<p>Angústia</p> <p>Comunicação</p> <p>Conforto</p> <p>Coping</p> <p>Luto</p> <p>Medo</p> <p>Processo de tomada de decisão</p> <p>Stress</p> <p>Sofrimento</p>	Apoiar/ confortar	<p>Apoiar a família (E1, E3, E4, E8)</p> <p>Apoiar no sofrimento da família (E2, E4, E8)</p> <p>Apoio emocional à família (E4, E8)</p> <p>Apoiar a família a desmistificar pensamentos e sentimentos sobre a sedação paliativa (E4)</p> <p>Ajudar a família na interpretação do sofrimento da pessoa doente em fim de vida (E4)</p>
	Atender	<p>Atender às necessidades complexas da família (E2, E3, E4, E8)</p> <p>Acompanhar a família durante o processo de fim de vida (E3)</p> <p>Cuidar da família da pessoa doente em fim de vida (E1, E8)</p>
	Avaliar	<p>Conhecer as necessidades da família (E3)</p>
	Envolver	<p>Envolver a família na tomada de decisão no início da sedação paliativa (E1, E3, E4, E6, E7)</p> <p>Envolver a família no cuidado ativo à pessoa doente em fim de vida (E1, E2, E4, E9)</p>
	Escutar	<p>Escutar a família, possibilitando momentos de esclarecimento de dúvidas (E3)</p>
	Incentivar	<p>Encorajar a família a expressar os seus sentimentos de amor no cuidar da pessoa doente em fim de vida (através do toque, do segurar a mão, falar normalmente como quando ela estava consciente) (E4)</p>
	Informar	<p>Informar sobre o estado da pessoa doente em fim de vida (E2, E3, E4, E7, E8)</p> <p>Explicar processo fisiopatológico da progressão da doença, e sintomas que vão imergir (E2)</p> <p>Informar as alterações no tratamento (E2)</p> <p>Informar sobre os sintomas na pessoa doente em fim de vida (E2, E4, E6)</p> <p>Informar os aspectos sobre o bem-estar da pessoa doente em fim de vida (E3)</p> <p>Explicar informação de forma objetiva (E3, E7, E8)</p> <p>Informar a família sobre o que esperar no decorrer da sedação paliativa (E6, E7)</p> <p>Informar e esclarecer a família quanto ao desejo da pessoa doente em fim de vida (E5)</p> <p>Informar e clarificar com a família o prognóstico da pessoa doente em fim de vida (E1)</p> <p>Informar e clarificar o momento de indicação de sedação paliativa (E1)</p> <p>Informar sobre o objetivo e os procedimentos no decorrer da sedação paliativa. (E7, E9)</p>
	Preparar	<p>Preparar a família sobre o processo de morte (E2, E4)</p>
	Promover	<p>Promover a aceitação da família para sedação paliativa (E2)</p> <p>Promover a comunicação entre a pessoa doente e sua família (E4, E7)</p> <p>Promover ensino no cuidar da pessoa doente em fim de vida (E2, E4, E7, E9)</p> <p>Promover um ambiente confortável e sereno (E3)</p> <p>Promover o conforto da família (E4)</p>

Tabela 2- Recolha dos dados do estudo

4- DISCUSSÃO/ ANÁLISE DOS RESULTADOS

As intervenções de enfermagem visam uma ação em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem, de modo a gerar um resultado de Enfermagem. Tendo em conta a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na versão 2 descrita pelo International Classification for Nursing Practice (ICNP) em 2010 “*uma intervenção de Enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação*” (CIPE, 2011, p.16).

Assim, enquadraram-se as intervenções de enfermagem de acordo com os conceitos definidos nos eixos da Classificação de Ação, e identificaram-se os principais focos (problemas) de enfermagem onde podem imergir os diagnósticos de enfermagem onde essas intervenções possam produzir um resultado de Enfermagem. Desse modo, importou agrupá-las de uma forma sistematizada, com vista a facilitar a análise e discussão dos resultados obtidos.

O cuidar em enfermagem da pessoa doente em fim de vida importa não só intervir na pessoa doente mas também nos seus familiares que vivenciam também eles uma situação de crise e um processo de transição, a quem deve ser direcionado um processo intencional de apoio, comunicação e acompanhamento no processo de tomada de decisão para sedação paliativa até à morte do seu familiar (Cherny & Radbruch, 2009).

Dos resultados obtidos da leitura e análise dos artigos selecionados através de uma criteriosa componente metodológica, imergiram as principais intervenções de enfermagem que visam o cuidar da família a quando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa doente em fim de vida, ou seja intervir na mesma antes, durante e após a tomada de decisão para sedação paliativa, na medida em que é impensável intervir apenas no momento da tomada de decisão, pois as necessidades da família não se esgotam após essa decisão.

Assim sendo ao nível da ação apoiar/ confortar, segundo Jimmy *et al.* (2013) e Bruinsma *et al.* (2013) as famílias necessitam de apoio, por sua vez VenkeGran & Miller (2008) e Bruce & Boston (2011), além do apoio referem ser importante os enfermeiros intervirem ao nível do sofrimento da família, tal como Robinson (2011) e Bruce & Boston (2011) referem-se a este apoio mas ao nível emocional, subscrevendo igualmente VenkeGran & Miller (2008), este último acrescenta também a necessidade de intervir desmistificando sobre a sedação paliativa, referindo ainda a necessidade de ajudar a família na interpretação do sofrimento da pessoa doente em fim de vida. Estas intervenções de enfermagem vão de encontro ao que Lawson (2011) afirma serem necessárias no cuidar à família, onde reitera a importância do apoio psicossocial, do apoio no final de vida, uma vez que é um momento extremamente angustiante para a família. Twycross (2001) considera o apoio à família como parte integrante dos cuidados paliativos. Já Pacheco (2014) vê o enfermeiro como o membro mais solicitado relativamente ao esclarecimento de dúvidas e ao prestar apoio emocional à família.

Por sua vez ao nível da ação atender, Robinson (2011); VenkeGran & Miller (2008); Bruce & Boston (2011) e Bruinsma *et al.* (2013) mencionam a importância de atender às necessidades complexas da família, e este último autor diz ainda que o enfermeiro deve acompanhar a família durante o processo de fim de vida, devendo igualmente intervir, segundo

Jimmy *et al.* (2013); Bruce & Boston (2011), além do cuidado à pessoa doente, cuidar simultaneamente da sua família. Este cuidar para Bruinsma (2013) passa por conhecer as necessidades da mesma. Guarda *et al.* (2010) vem reforçar as intervenções supramencionadas, pois este declara que os profissionais de saúde devem averiguar as necessidades reais dos familiares, para poderem intervir. Pois para Pereira (2010) só após a averiguação das dificuldades e necessidades da família é que se conseguem direcionar os cuidados indispensáveis à mesma.

De realçar as intervenções de enfermagem que mais presentes estiveram nos estudos, designadamente o envolver a família no cuidado ativo à pessoa doente em fim de vida, esta inclusão leva a uma diminuição do stress por parte da família. Jimmy *et al.* (2013); Robinson (2011); Ghafoor & Silus (2011) e VenkeGran & Miller (2008) este último, acrescenta a necessidade de envolver a família na tomada de decisão no início da sedação paliativa, tal como expõe Jimmy *et al.* (2013); Anquinet *et al.* (2013); Brinkkemper *et al.* (2011) e Bruinsma *et al.* (2013), alertando ainda este, a necessidade do enfermeiro intervir ao nível da escuta à família possibilitando momentos de esclarecimento de dúvidas. Quanto ao envolvimento da família na tomada de decisão para sedação paliativa são vários autores e estudos que a defendem, designadamente Cherny & Radbruch (2009); Nogueira *et al.* (2012); Swart *et al.* (2014), por sua vez Pereira (2010) defende a inclusão dos familiares nos cuidados à pessoa doente em fim de vida, e esta inclusão deverá compreender o esclarecimento de eventuais questões que a família possa ter, facultando-lhes informação que consideram ser de importância maior, e apoiando no que as famílias consideram ter mais dificuldade.

Relativamente às intervenções que visam o informar, pode-se constatar como sendo, o campo de atuação maior, na medida em que são diferentes os níveis de intervenção contudo, segundo alguns autores visam o mesmo objetivo, sendo a diminuição do stress, do sofrimento e da angústia da família, deste modo o enfermeiro deve intervir informando sobre o estado da pessoa doente em fim de vida, Bruinsma *et al.* (2013); VenkeGran & Miller (2008); Brinkkemper *et al.* (2011); Bruce & Boston (2011) e Robinson (2011), este último refere ainda a necessidade de explicar o processo fisiopatológico da progressão da doença e sintomas que vão emergir, assim como informar relativamente às alterações no tratamento e sobre os sintomas que podem surgir na pessoa doente em fim de vida, estas intervenções ajudam as famílias a interpretar o sofrimento da pessoa e capacita-as para o cuidado ao mesmo. Quanto a esta última intervenção, a de informar a família relativamente aos sintomas também VenkeGran & Miller (2008); Anquinet (2013) a evidenciam. Quanto a estas intervenções Cherny & Radbruch (2009) e Nogueira *et al.* (2012) são exímios ao assegurar que os enfermeiros devem fornecer informações atualizadas e regulares, face toda a situação clínica da pessoa, bem como a mudanças que possam advir relativamente ao plano terapêutico.

Por sua vez Bruinsma *et al.* (2013) alude à necessidade da família de informação, face a aspetos sobre o bem-estar da pessoa doente, e da necessidade da informação ser partilhada de uma forma mais objetiva, corroborando igualmente sobre esta intervenção Bruce & Boston (2011) e Brinkkemper *et al.* (2011), este tal como Anquinet *et al.* (2013) acrescenta a

necessidade de informar a família sobre o que esperar no decorrer da sedação paliativa. Ainda Brinkkemper *et al.* (2011) e Ghafoor & Silus (2011), reiteram a necessidade de informar sobre o objetivo e os procedimentos no decorrer da sedação paliativa, havendo igualmente a indispensabilidade de clarificar o momento de indicação de sedação paliativa, bem como informar face ao prognóstico da pessoa.

Anquinet *et al.* (2013) menciona ainda que o enfermeiro deve informar e esclarecer a família quanto ao desejo da pessoa doente em fim de vida.

De referir que Robinson (2011) e VenkeGran & Miller (2008) defendem a necessidade dos enfermeiros prepararem a família sobre o processo de morte, este último adita ainda que deve-se encorajar a família a expressar os seus sentimentos de amor no cuidar da pessoa doente em fim de vida (através do toque, do segurar a mão, falar normalmente como quando a pessoa estava consciente). Também Cherny & Radbruch (2009) consideram que todas as condições devem estar preparadas para o momento da morte, sendo que é importante que os enfermeiros intervenham na família preparando-a para o momento da morte, informando-a do que esperar neste processo, permitindo ainda a oportunidade de esta expressar toda a sua tristeza.

Por último, mas não menos importante, quanto à ação promover, esta engloba uma série de intervenções, Robinson (2011), relata a necessidade de intervir na promoção da aceitação da família para sedação paliativa, acrescentando ainda tal como Ghafoor & Silus (2011); VenkeGran & Miller (2008) e Brinkkemper *et al.* (2011), promoção do ensino no cuidar da pessoa, expondo ainda este último a necessidade de promover a comunicação entre a pessoa doente e sua família, tal como VenkeGran et Miller (2008), indo este mais além ao reportar também a necessidade de se intervir na promoção do conforto da família, sendo que Bruinsma *et al.* (2013) defende igualmente a promoção de um ambiente confortável e sereno à mesma.

5- NOTAS CONCLUSIVAS

Da análise dos estudos resultantes desta revisão integrativa da literatura considera-se que existe pouca pesquisa sobre as intervenções de enfermagem direcionadas à família da pessoa em fim de vida, aquando da tomada de decisão de sedação paliativa. A tomada de decisão para sedação paliativa encontra-se mais escrutinada nos países onde está legalizada a eutanásia e principalmente na Holanda.

Das intervenções de enfermagem identificadas nesta revisão, no cuidar da família aquando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa em fim de vida, visaram o informar sobre o estado da pessoa em fim de vida, envolvendo-a na tomada de decisão no início da sedação paliativa e no cuidado ativo à pessoa em fim de vida promovendo o ensino no cuidar e ainda no atendimento das necessidades complexas da família, apoiando-a sempre neste processo.

Constata-se que emerge a necessidade de desenvolver mais estudos, por parte dos enfermeiros, sobre o conhecimento das necessidades reais das famílias que atravessam estes processos complexos de cuidado aos seus familiares em fim de vida. Neste sentido conhecendo e intervindo nas principais necessidades sentidas pela pessoa em fim de vida e sua família, que carecem de uma intervenção de enfermagem refletida de forma sistémica e sistemática, garantidamente extrair-se-ão verdadeiros ganhos para a saúde, não só apenas na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, mas também na prevenção da ocorrência de lutos patológicos, promovendo, cuidados de enfermagem que visam a excelência do exercício profissional.

Reconhece-se que na realização deste trabalho não existiram conflitos de interesse.

Clarifica-se ainda que ao longo do seu desenvolvimento se procedeu à identificação dos autores utilizados no suporte científico do trabalho, procedendo à sua referenciação como forma de fazer jus à propriedade intelectual dos mesmos.

6- BIBLIOGRAFIA

- 📖 ABARSHI, Eburn A. et al. The Complexity of Nurses' Attitudes and Practice of Sedation at the End Of Life: A Systematic Literature Review. IN **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 47, nº. 5, (2014) p. 915-925.e11.
- 📖 ALLIGOOD, Marta Raile; TOMEY, Ann Marriner- **Nursing Theorists: And Their Work**. 7ª ed. Missouri: Mosby, 2010, ISBN: 978-0-32305-641-0
- 📖 ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS- Grupo de Reflexão Ética: Tomada de Decisão em Cuidados Paliativos. IN **VII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos**. Carvoeiro, 2014. Disponível Internet in http://www.apcp.com.pt/uploads/processo_de_tomada_de_decisao.pdf
- 📖 BARBOSA, António. Bioética e Cuidados Paliativos. IN BARBOSA, António; NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978- 972- 9349- 22- 5
- 📖 BARBOSA, António; NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978- 972- 9349- 22- 5
- 📖 BEYEA, Suzanne; NICOLL, Leslie. Writing an integrative review. IN **AORN Journal**, Philadelphia. Vol. 67, nº4 (1998) p. 877-880.
- 📖 BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In Rodgers B., Knafelz, K. **Conceptual analysis and theory development**. W. B. Saunders. Philadelphia, 2000, p.281–299
- 📖 CAPELAS, Manuel Luís- **Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2014. ISBN 978-972-54-0408-9
- 📖 CIPE® Versão 2- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- 📖 CHERNY, Nathan; RADBRUCH, Lukas- European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. IN **Palliative Medicine**, Vol. 23, nº. 7 (2009), p. 581-593. Disponível internet: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=RKDokneiDJc%3D&tabid=38>
- 📖 DEODATO, Sérgio- **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2008, p. 194. ISBN 978-972-40-3401-0

- 📖 DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE- **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Circular Normativa Nº. 14/DGCG, 13/07/2004
- 📖 GONONG, LH. Integrative reviews of nursing research. In **Research In Nursing And Health**. Vol. 10, 1987. p. 1-11.
- 📖 KNAFL, Kathleen. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: Saunders Company, 2000. ISBN 978-0-7216-8243-3.
- 📖 LACERDA, Joana; COELHO, Patrícia; ALVES, Paulo. Sedação Paliativa no controlo sintomas refratários: Revisão da literatura. In **Revista de Cuidados Paliativos**. Vol. 1, nº. 1 (2014) p.124
- 📖 LAWSON, Mary. Palliative Sedation. IN **Clinical Journal of Oncology Nursing. Supportive Care**. Vol. 15, nº. 6 (2011) p. 589-590.
- 📖 MAGALHÃES, José Carlos- **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler, 2009. ISBN: 978-989-8218-07-0
- 📖 MELEIS, Afaf Ibrahim- **Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer, 2010. 641p. ISBN: 9780826105346.
- 📖 MELEIS, Afaf Ibrahim- **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 5ª ed. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012, 674p. ISBN 978-1-60547-211-9
- 📖 MENDES, Karina DS; SILVEIRA, Renata CCP; GALVÃO, Cristina M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. IN **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Vol. 17, n.º 4 (2008) p. 768-764
- 📖 NETO, Isabel G. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. IN BARBOSA, António; NETO, Isabel G. – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978- 972- 9349- 22- 5
- 📖 NOGUEIRA, Fabíola L; SAKATA, Rioko K. Sedação Paliativa do Paciente Terminal. IN **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Vol. 62, n.º4 (2012), p. 586-592.
- 📖 NUNES, Lucília-**Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006. 484p. ISBN: 972-8930-17-8
- 📖 NUNES, Rui; REGO, Guilhermina. **Parecer N.º P/20/APB/10: Guidelines sobre Sedação em Doentes Terminais**. Associação Portuguesa de Bioética. 2010, 8p.
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS- **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Braga: Tadinense, 2012, p.92. Disponível internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

- 📖 OSSWOLD, Walter- **Da Vida à Morte: Horizontes da Bioética**. 1ª Edição. Lisboa: Gradiva. 2014, p.251. ISBN 978-989-616-564-2
- 📖 PEREIRA, Sandra Martins- **Cuidados Paliativos- Confrontar a morte**. Lisboa- Universidade Católica Editora, 2010. ISBN: 978-972-54-0279-5.
- 📖 PACHECO, Susana - **Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética**. 3ª Ed. Loures: Lusodidata, 2014. ISBN 978-989-80-75-38-3
- 📖 POLIT, DF; BECK, CT. Using research in evidence-based nursing practice. In POLIT DF; Beck CT. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2006. p. 457-494
- 📖 SAUNDERS, Cicely - **Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2013. ISBN 978-972-54-0390-7
- 📖 SWART, et al. Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering. IN **Journal of Palliative Medicine**. Vol. 17, n.º 1 (2014), p. 27-36.
- 📖 TWYGCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos**. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN: 972-796-001-4
- 📖 WHITTEMORE, Robin. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nursing Research, Vol. 54, n.º. 1 (2005), p. 56-62.
- 📖 WHITTEMORE, Robin.; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. Vol. 52, n.º 5 (2005) p. 546 – 553
- 📖 VIEIRA, Margarida- **Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência**. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009, p. 158. ISBN: 978-972-54-0195-8

APÊNDICE V

Sessão de Formação em Serviço da Revisão Integrativa da Literatura: “Intervenções de Enfermagem à Família da Pessoa em Fim de Vida aquando da Tomada de Decisão de Sedação Paliativa”

Sedação paliativa na pessoa doente em fim de vida: intervenções de enfermagem dirigidas à família

Revisão Integrativa da Literatura-

Por: Silvina Maria Costa Moura
Orientação: Enf. Lucinda Marques/
Enf. Vasco Silva
Tutoria: Prof.ª Dr.ª Patrícia Pontífice Sousa

Objetivo:

Identificar quais as intervenções de enfermagem descritas na literatura que se tornam cruciais e que contribuem para o cuidar de enfermagem à família da pessoa doente em fim de vida, aquando da tomada de decisão para sedação paliativa, reconhecendo o impacto deste acontecimento na família/ pessoa significativa, uma vez que estes acompanham a pessoa doente neste processo de transição.

Pergunta de Partida

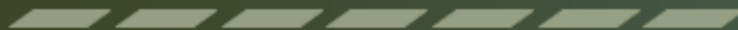
“Quais as intervenções de enfermagem à família, aquando da tomada de decisão para sedação paliativa, da pessoa doente em fim de vida?”

Construtos da Pergunta de Partida:

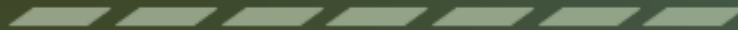
Fim de Vida



Família ou Pessoa Significativa



Sedação Paliativa



Tomada de Decisão



Intervenções de Enfermagem



Fim de Vida

"O morrer surge como sequência natural do viver de todos nós, seres finitos e mortais." Pacheco (2014)

Não existe nada mais certo que a morte, contudo, este é um tema que todos temem em fugir, dado o período pré-morte ser marcado de grande incerteza, angústia, dor e medo do desconhecido, pois só o próprio o pode viver e sentir. Torna-se imprescindível que estes últimos anos, meses, ou até dias sejam vividos com conforto, serenidade e paz interior, próximo daqueles que realmente são importantes, e não dias de sofrimento e solidão. Capelas (2014)

Apesar de cada pessoa pensar e encarar a morte de uma maneira única e particular, "verifica-se que o medo do sofrimento é comum a muitos doentes em fase terminal". Pacheco (2014: 63)

Aos profissionais de saúde pede-se que desenvolvam atitudes e competências específicas de modo a promover e assegurar a dignidade da pessoa humana, garantindo assim o seu bem-estar. Capelas (2014)

Família ou Pessoa Significativa

A família pode ser entendida como sendo um "grupo, unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes". CIPE (2011: 115)

Na nossa sociedade a família sempre desempenhou um papel central na socialização e desenvolvimento dos seus membros, e é a família que a pessoa recorre em momentos de crise a fim do restabelecimento do seu equilíbrio. Guarda et al (2010)

Vieira (2009:83), destaca pessoa significativa como sendo "as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho dos papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados."

Segundo Pacheco (2014) a família não pode ser esquecida, uma vez que a estabilidade desta é fundamental para que se sinta com capacidades para apoiar o seu familiar doente.

Sedação Paliativa

A sedação paliativa é utilizada para controlo sintomático e não se encontra relacionada com a diminuição da sobrevivência dos doentes. Lacerda et al (2014); Nogueira et al (2012)

A sedação paliativa tem como objetivo induzir uma diminuição da consciência, a uma pessoa em fim de vida, através da administração deliberada de fármacos em doses e combinações adequadas, no sentido de um controlo e alívio de sintomas refratários, que não respondem a todas as outras medidas disponíveis para esse fim, e com o consentimento implícito, explícito ou delegado do doente. Pereira (2010); Barbosa (2010); Lacerda et al (2014); Cherny & Radbruch (2009)

Devem ser considerados os seguintes critérios na implementação da sedação paliativa: "Intencionalidade, proporcionalidade, autonomia na tomada de decisão e antecipação prematura da morte". A sedação paliativa contém três características fundamentais, nomeadamente a "temporalidade" podendo ser (permanente ou intermitente), o "objectivo" se tem por base o (controlo sintomático físico e/ou psicológico) e a "intensidade", na medida em que, pode ser superficial (a pessoa apresenta-se consciente) e profunda (a pessoa está inconsciente). Assume ainda várias modalidades, nomeadamente "ligeira" ou "profunda", "primária" ou "secundária" e "intermitente" ou "contínua". Barbosa (2010:742); Nunes et Rego (2010)

Tomada de Decisão

Um dos pressupostos da tomada de decisão ética nos doentes em fim de vida passa pelo objetivo primordial dos cuidados paliativos, sendo ele o de prevenir e tratar adequadamente os sintomas indesejáveis, diminuindo assim o sofrimento do doente e não aumentando o mesmo, assente no respeito inquestionável pela vida humana. Neto (2010)

A tomada de decisão é uma (...) componente fundamental do exercício da autonomia profissional do enfermeiro, (...) que lhe permite a efectivação dos atos profissionais". Aquando do processo de tomada de decisão por parte do enfermeiro, importa o reconhecimento dos princípios e valores, e de que modo estes se consubstanciam no plano deontológico e jurídico, de modo a que a adequação dos atos seja a mais adequada possível. Deolito (2008)

As questões que se levantam no fim de vida encontram-se envoltas numa enorme dimensão ética. Face a doentes que se encontram com um diagnóstico de uma doença avançada e progressiva, e documentadamente incurável, é realizada a deliberação, mediante qual o plano terapêutico mais adequado à luz dos princípios éticos. Neto (2010)

Intervenções de Enfermagem

No que concerne às *intervenções dos enfermeiros* estas são a materialização do agir do enfermeiro, e como nos descreve n.º 1 do artigo 78º do CDE deve pautar pela "(...) *defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*", e está contemplado no artigo 9.º do REPE que estas podem ser autónomas ou interdependente.

As intervenções de enfermagem ao nível dos cuidados paliativos, passa muito pelo alívio dos sintomas angustiantes, pela prestação de cuidados a doentes que se encontram em fim de vida e preparação do corpo após a morte deste. O apoio e o cuidado dos familiares enlutados, têm constituído uma parte extremamente importante por parte da enfermagem. Magalhães (2009)

Shumacher e Meleis (1994) identificaram a existência da intervenção terapêutica do enfermeiro no processo de transição, inicialmente na avaliação e compreensão holística da pessoa de modo a identificar quais os tipos e padrões de transições que a pessoa está a passar. Em segundo, a preparação para a transição, assegurando a criação de condições ideais para a transição. A terceira, consiste na suplementação de papéis, em que o enfermeiro ensina, instrui e substitui a pessoa na construção e desenvolvimento da transição. Aligood e Tomey (2010)

Dados de Pesquisa

**A pesquisa
decorreu no dia
5 de Outubro de
2014**

Usou-se a plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost- Research Databases, selecionando-se as bases de dados bibliográficas electrónicas:

- CINAHL® with FullText
- MEDLINE® with FullText
- Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition.

Os Principais limitadores de pesquisa foram:

- Texto Completo
- Estudos datados de 2008-2014 (últimos 5 anos)

Descritores e Bases de Dados da EBSCO

	CINAHL® withFullText	Med line® withFullText	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition
Descritores	CINAHL Headings	MeSH	Subjects
Intervenções de Enfermagem	Nursing interventions, Nurses attitudes	Nursing, Nurses, Evidence-Based Nursing	Nurses, Nursing
Família	Family, Caregivers		Families
Tomada de Decisão	Decision Making		
Sedação Palliativa	Sedation, Conscious Sedation	Conscious Sedation	Conscious Sedation Terminal Sedation
Fim de vida	Palliative care Terminal care Terminal ill		

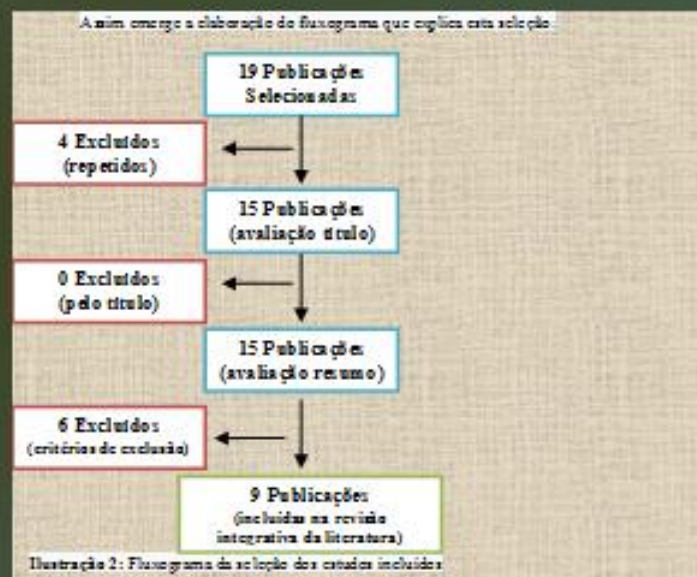
Fórmula Boleana

(Nursing interventions OR Nurses attitudes OR Nurses OR Nursing OR Evidence-Based Nursing) AND (Family OR Caregivers OR Families) AND (Sedation OR Conscious Sedation OR Terminal sedation) AND (Decision making) AND (Palliative Care OR Terminal Ill OR Terminal Care)

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios	Seleção	Exclusão
Tipo de população alvo	<ul style="list-style-type: none"> - Famílias de pessoas doentes em fim de vida a quem se toma a decisão de sedação paliativa; - Pessoas doentes em fim de vida a quem se toma a decisão de sedação paliativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Famílias de Pessoas doentes que não estão em fim de vida; - Pessoas doentes em fim de vida a quem não se toma a decisão de sedação paliativa
Tipos de intervenções	Intervenções de enfermagem	De outros grupos profissionais
Tipos de resultados	Identificação das intervenções de enfermagem à família aquando da tomada de decisão de sedação paliativa à pessoa doente em fim de vida	-

Fluxograma de Pesquisa



Conclusões

- Das intervenções de enfermagem, identificadas nesta revisão, no cuidar da família aquando da tomada de decisão para sedação paliativa da pessoa em fim de vida visaram o informar sobre o estado da pessoa doente em fim de vida, envolvendo-a na tomada de decisão no início da sedação paliativa e no cuidado ativo à pessoa doente em fim de vida promovendo o ensino no cuidar e ainda o atendimento das necessidades complexas da família, apoiando-a sempre neste processo.

- Da análise dos estudos resultantes desta revisão integrativa da literatura considera-se que existe pouca pesquisa sobre as intervenções de enfermagem direcionadas à família da pessoa doente em fim de vida, aquando da tomada de decisão para sedação paliativa. A tomada de decisão para sedação paliativa encontra-se mais escrutinada nos países onde está legalizada a eutanásia e principalmente na Holanda.

- Consta-se que emerge a necessidade de desenvolver mais estudos, por parte dos enfermeiros, sobre o conhecimento das necessidades reais das famílias que atravessam estes processos complexos de cuidado, encontrando os principais problemas de enfermagem que carecem de uma intervenção de enfermagem reflectida de forma sistémica e sistemática, com ganhos significativos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, não só às pessoas doentes em fim de vida mas também às suas famílias, que diariamente acompanham o seu processo de morte com grande angústia e sofrimento, e assim alcançar verdadeiros ganhos para a saúde, apoiando e acompanhando as famílias nestes processos de transição prevenindo ocorrência de lutos patológicos.

Bibliografia

- ALLREAD, Sue J., et al. The Complexity of Nurses' Attitudes and Practices Related to End-of-Life. *A Systematic Literature Review*. *ON: Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 47, n.º 2, (2004) p. 112-122a(1).
- ALMEIDA, Maria Kate TOMMY, Ana Mariana Young Theoretic And Their Work. *1st. Missouri Spring, 200*. ISBN 978-0-220-0-0-0
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - O que é Cuidado de Suporte Tomado de Decisão em Cuidados Paliativos. *11º Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, Coimbra, 2014*. Disponível Internet: <http://www.assocportuguesadecuidadospaliativos.pt/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/Programa-11-CCNP-2014.pdf>
- BARROSO, António. *Cuidados a Cuidados Paliativos*. *11º Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, Coimbra, 2014*. Manual de Cuidados Paliativos, 2.ª Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9-2419-20-2
- BARROSO, António. *NOTO Isabel C. - Manual de Cuidados Paliativos, 2.ª Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010*. ISBN 978-972-9-2419-20-2
- BEVILA, Susanna NICOLA. *Ends Writing an integrative review*. *ON: AGN Journal, Psicologia*, Vol. 07, n.º 1, (2002) p. 273-280
- BROOME, MIC. Integrative literature reviews for the clinical practice. In: *Reagan G, Knoff G, Conceptual analysis and literary development*, W.B. Saunders, *Psicologia*, 2000, p. 231-237
- CAPILLA, Manuel Luis. *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. *Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2014*. ISBN 978-972-9-00-00-0-0
- COFO Verde. *1- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA APLICAÇÃO DE CUIDADOS*. *Grupo Português Cuidados de Enfermeiros, 2011*. ISBN 978-972-9-00-0-0-0
- CHERRY, Nathan. *RADONVIC, Lubov*. *European Association for Palliative Care (EAPC) international framework for the care of patients in palliative care*. *ON: Paliativa Medicina*, Vol. 13, n.º 7, (2002) p. 231-235. Disponível Internet: <http://www.eapc.org/Portals/0/EAPC%2002%2007.pdf>
- COELHO, Sérgio. *Responsabilidade do Profissional de Enfermagem: Visão da Sociedade, Visão da Sociedade*. *Coimbra: Grupo Editorial, 2002*, p. 104. ISBN 978-972-4-0-0101-0
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. *Coimbra: Novembro 2014*. ISBN 978-972-9-00-0-0-0
- COOPER, LM. Integrative review of nursing research in Research in Nursing and Health. *Vol. 10, (2001) p. 1-11*.
- Knoff, Kathleen. *Concept development nursing, foundations, techniques and applications*. *Psicologia Saunders Company, 2000*. ISBN 978-0-7216-2019-1
- LACOMBE, Joana COELHO, Paula ALVES, Paula. *Cuidados Paliativos em cuidados oncológicos: revisão de literatura*. In: *Revista de Cuidados Paliativos*, Vol. 1, n.º 1, (2004) p. 126
- LAUREN, Mary. *Paliativos de Suporte*. *11º Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, Coimbra, 2014*. *Revista Integrativa Médica de Pesquisa para Integração de Cuidados de Saúde em Enfermagem*. *ON: Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Vol. 17, n.º 4, (2008) p. 749-754
- NOTO, Isabel C. *Práticas e 7.ª Edição dos Cuidados Paliativos*. *11º Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, Coimbra, 2014*. *Manual de Cuidados Paliativos, 2.ª Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010*. ISBN 978-972-9-2419-20-2
- NOGUEIRA, Patrícia L. BARATA, Kátia K. *Cuidados Paliativos de Fase Terminal*. *ON: Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 02, n.º 1, (2012) p. 20-22
- NUSSLI, Lucile-Judith, *Práticas de Cuidados Paliativos: Análises das Melhorias nos Cuidados de Enfermagem*. *Coimbra: Lusotextos, 2000*. 02 (q). ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- NUSSLI, Rui. *CCNP*. *Coimbra: Fórum 7.ª Edição, 2010*. *Cuidados de Saúde em Cuidados de Fase Terminal*. *Associação Portuguesa de Saúde, 2010*. 3p
- ORGANISMO INTERNACIONAL DE SAÚDE - *Sistema de Classificação de Doenças de Enfermeiros*. *Grupo Português de Saúde, 2012*, p. 92. Disponível Internet: <http://www.who.int/classifications/icd-10-bm-2010/>
- OSWALD, Walter. *De Vrijheid naar Sterfelijkheid in België*. *2.ª Edição, Lisboa: Coimbra, 2014*, p. 21. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- PEREIRA, Sandra Maria. *Cuidados Paliativos - Cuidados de Suporte*. *Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2010*. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- POHNSOO, Susana. *Cuidados de Suporte Terminal - Tempestades*. *3.ª Ed. Coimbra: Lusotextos, 2014*. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- POULTER, DEB. *OT Using research in end-of-life care*. In: *POULTER, Deb OT. Death and dying research: Methods and nursing research*. *Philadelphia: Springer Williams & Wilkins, 2000*, p. 421-424
- RAUWERS, Geely. *Visões sobre a investigação em cuidados paliativos*. *Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2010*. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- RYAN, et al. *Continuing Palliative Care: Not Only a Response to Physical Suffering*. *ON: Journal of Paliativa Medicina*, Vol. 17, n.º 1, (2005) p. 27-30.
- RYAN, et al. *Cuidados Paliativos*. *1.ª Ed. Coimbra: Grupo Editorial, 2001*. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0
- WETTERDING, Kaitie. *Continuing palliative care research: methods and implications*. *Nursing Research*, Vol. 14, n.º 1, (2000) p. 10-15.
- WETTERDING, Kaitie, SHAFIQ, Kaitie. *The integrative review: a guide to methodology*. *Journal of Advanced Nursing*, *Coimbra*, Vol. 22, n.º 1, (2000) p. 140-151
- WORLD, Margaret. *De Suporte de Cuidados Paliativos*. *3.ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2010*, p. 123. ISBN 978-972-9-0-0-0-0-0

APÊNDICE VI

Poster sobre “Sedação Paliativa: considerações a atender na implementação”



A sedação paliativa tem como objetivo induzir uma diminuição da consciência, a uma pessoa em fim de vida, através da administração deliberada de fármacos em doses e combinações adequadas que vise o controlo e alívio de sintomas refratários, que não respondem a todas as outras medidas disponíveis para esse fim, e com o consentimento implícito, explícito ou delegado. Pereira (2014); Lacerda et al (2014); Barbosa (2010); Cherny & Radbruch (2009)

Considerações a atender na implementação de Sedação Paliativa

- Existe uma doença crónica e prolongada, sem resposta aos tratamentos.
- Prevê-se a morte em horas/dias.
- Tempo até à morte \leq ao tempo de morte por desidratação provocada pela Sedação Paliativa.
- Sofrimento intenso, definitivamente refratário.
- Encontrar-se em profundo sofrimento existencial, sem resposta a outras intervenções.
- Oferecer apoio espiritual/ religioso.
- Discutir em equipa multidisciplinar questões nutricionais e de hidratação,
- Sintomas graves aos quais não existe tratamento adequado.
- **Envolver o cliente e família na tomada de decisão.**
- Considerar a preservação da consciência.
- Consentimento válido prestado pela pessoa ou representante legal.
- Diretiva de Não-Reanimar em processo clínico.

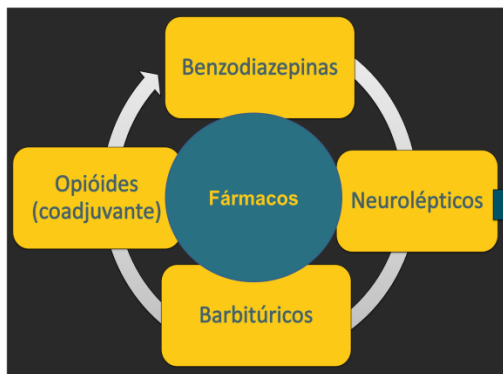
Sintomas Refratários

Qualquer sintoma que limite a qualidade de vida do cliente e, no qual, todos os esforços para controlo não surtiram efeito, em que medidas invasivas proporcionadas e não invasivas foram incapazes de aliviar sintoma:

- Dor: 20%
- Angústia: 14%
- Agitação/ Delírium/ Confusão/ Alucinação: 12%
- Dispneia: 12%
- Inquietação: 10%
- Medo/ Pânico/ Ansiedade: 10%
- Sofrimento Existencial: 10%

Situações Emergentes:

- Hemorragia maciça
- Asfixia
- Dispneia grave terminal
- Dor Incontrolável



- Avaliação do doente uma vez a cada 20 minutos até ser considerada adequada
- Avaliar nível sofrimento
- Avaliar nível de consciência
- Avaliar grau de agitação/ sedação (escala de RASS)
- Avaliação da resposta do doente a estímulos externos
- Avaliação psicomotora
- Avaliar expressão facial
- Avaliação de parâmetros vitais
- Avaliar três vezes dia após otimizada sedação.

No caso de sedação contínua profunda, monitorizar a respiração e o conforto.

