



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

O CONFORTO COMO O CENTRO DA PRÁTICA

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 Ana Rita Correia de Sousa

LISBOA, Maio de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO

O CONFORTO COMO O CENTRO DA PRÁTICA

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 Ana Rita Correia de Sousa

Sob orientação da Mestre Filipa Veludo

LISBOA, Maio de 2013

AGRADECIMENTOS

A todo o corpo docente da Universidade Católica, em especial aos docentes afetos ao 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica.

À Professora Filipa Veludo por todo o apoio, compreensão e disponibilidade com que me orientou, sobretudo, naqueles momentos em que as soluções possíveis pareciam difíceis de levar a bom termo.

A todos os enfermeiros da prática clínica que me acolheram e orientaram contribuindo com os seus conhecimentos para as minhas aprendizagens.

A todos os clientes, familiares e cuidadores pelas aprendizagens proporcionadas.

À minha família por todo o amor e motivação, em especial, à minha mãe, que esteve sempre presente nos bons e maus momentos.

Ao Pedro, pela paciência, compreensão e amor que tornaram mais fácil a difícil tarefa de chegar ao fim desta etapa da minha vida.

Ao meu amigo Sérgio, pelos milhares de sorrisos que provocou em mim e pela grande ajuda nos momentos finais.

À equipa maravilhosa da medicina interna e a todos os amigos que acreditaram em mim, que me apoiaram nos momentos mais frágeis, demonstrando sempre força e esperança no sucesso deste percurso.

RESUMO

O presente relatório pretende descrever e analisar o processo percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas, propostas pelo plano de estudos do curso, e que estiveram na origem do projeto da Unidade Curricular Estágio. Deste resultou a realização de três estágios, realizados num hospital da margem sul do país, respetivamente, no Serviço de Urgência, na Unidade de Cuidados Intensivos e na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos [EIHSCP].

Durante este percurso procurei desenvolver uma prática crítico-reflexiva, recorrendo aos pressupostos defendidos por Jean Watson na teoria e ciência do Cuidado Humano, Marta Rogers na Teoria dos Seres Unitários e Katerina Kolcaba com a sua Teoria do Conforto.

A temática central deste relatório é o conforto pois este é, segundo Kolcaba, o resultado imediato e desejável da prática de enfermagem, que quando alcançado produz um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 1992). Procurando promover o conforto dos clientes, família e profissionais de saúde, abordei temas referentes à drenagem torácica – construção de um procedimento de enfermagem relativo ao tema e respetiva grelha de auditoria; promoção do sono e repouso e controlo do ruído ambiental - estudo qualitativo com o objetivo de compreender a perceção que a equipa de saúde tinha acerca do sono e o repouso do cliente internado, avaliação do ruído no período noturno, redação de um protocolo de silêncio e respetivo documento de auditoria; criação de um núcleo de elementos dinamizadores da EIHSCP – redação do regulamento interno da equipa e construção de um projeto para a criação de um núcleo de elementos dinamizadores.

Ao longo do documento fundamenta-se o processo de tomada de decisão relativamente aos campos de estágio e às temáticas desenvolvidas, descreve-se de forma crítica, reflexiva e fundamentada as atividades e estratégias utilizadas para atingir os objetivos definidos e enumera-se as competências desenvolvidas.

Palavras-chave: conforto, competências especialistas, ruído, cuidados paliativos.

ABSTRAT

This report aims to describe and analyze the process covered in the acquisition and development of skills clinics, proposed by the syllabus of the course, and that led to the design of Course Stage. This resulted in the development of three stages, performed in a hospital on the southern bank of the country, respectively, in the ER, in the Intensive Care Unit and Team Intra-Hospital Palliative Care Support [EIHSCP].

During this journey I sought to develop a critical and reflective practice, using the assumptions advocated by Jean Watson's theory and science of Human Care, Martha Rogers Theory of Unitary Beings and Katerina Kolcaba with his Theory of Comfort.

The central theme of this report is comfort for this is, according Kolcaba, the immediate result and desirable nursing practice, that when reached produces a state of relief, tranquility and transcendence in physical contexts psychological, social and environmental (Kolcaba, 1992). Looking promote the comfort of the customers, family and health professionals, I discussed themes related to thoracic drainage - construction of a nursing procedure concerning the topic and respective grid audit; promotion of sleep and rest and control of environmental noise - a qualitative study aiming to understand the perception that the health team had about sleep and rest client hospitalized, assessment of noise at night, writing a protocol of silence and respective audit document, creating a nucleus of the driving forces of EIHSCP - writing the rules of the team and build a project for the creation of a core elemntos facilitators.

Throughout the document is based on the process of decision making in relation to the fields of training and the themes developed, is described in a critical, reflective and reasoned activities and strategies used to achieve the goals set up lists and skills developed .

Keywords: comfort, skills specialists, noise, palliative care.

ABREVIATURAS

ed. – edição
Dra. – doutora
Enf. – enfermeiro
Enf^a. - enfermeira
h. - hora
n.º – número
pág. – página
RX – Raio X
Sra. - senhora

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos, Brasil
AO – Assistente Operacional
AVC- Acidente vascular Cerebral
CD – Características definidoras
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CHKS - Comparative Health Knowledge System
CHS – Centro Hospital de setúbal
CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem
CP – Cuidados Paliativos
CRP – Constituição da Republica Portuguesa
CS – Centro de Saúde
DE – Diagnósticos de enfermagem
DGS – Direção Geral da Saúde
DT – Drenagem torácica
EEMC – Especialização em enfermagem médico cirúrgica
EEMI – Equipa de emergência médica interna
EIHSCP – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EMC – Enfermagem médico-cirúrgica
EPE – Entidade pública empresarial
HSB – Hospital de São Bernardo
HSO – Hospital Santiago Outão
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ISQ – Instituto da Soldadura e da Qualidade
JCI – Joint Commission Internacional
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
NOC – Norma de Orientação Clínica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
REPE-Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros
RNCCI-Rede nacional de cuidados continuados integrados
RX- Radiografia
SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SU – Serviço de urgência
SUG – Serviço de urgência Geral
UCI – Unidade de cuidados Intensivos
UCPA – Unidade de cuidados pós-anestésicos
VMER – Viatura médica de emergência e Reanimação

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	9
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	16
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
2.1. MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA	31
2.2. MÓDULO II: CUIDADOS INTENSIVOS	42
2.3. MÓDULO III: CUIDADOS PALIATIVOS (MÓDULO OPCIONAL)	52
CONCLUSÃO	67
BIBLIOGRAFIA	71
APÊNDICES	85
I. PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: DRENAGEM TORÁCICA E GRELHA DE AUDITORIA	86
II. GRELHA DE AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: DRENAGEM TORÁCICA	97
III. QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO APLICADO NO SU	101
IV. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA - NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	103
V. PLANO DA SESSÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA”	108
VI. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO	111
VII. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	114
VIII. APRESENTAÇÃO DA SESSÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA”	121
IX. QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO APLICADO À EQUIPA DE SAÚDE DA UCI	134
X. O SONO E O REPOUSO DA PESSOA INTERNADA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	137
XI. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (PROJETO NA UCI)	144
XII. PLANO DA SESSÃO: “SONO E REPOUSO NA UCI”	147
XIII. PEDIDO AO ISQ	150
XIV. PROTOCOLO “QUIET TIME”	153
XV. FOLHA DE AUDITORIA PARA O PROTOCOLO “QUIET TIME”	159

p.

XXVI.	RESUMO DO POSTER “O SONO DOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS”	169
XVII.	POSTER: O SONO DOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	174
XVIII.	REGULAMENTO INTERNO DA EIHSCP	176
XIX.	FOLHA DE CONTROLO SINTOMÁTICO CONSTRUÍDA PARA A EIHSCP	187
XX.	O ENFERMEIRO E A MORTE DOS SEUS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA	189
XXI.	PROJETO PARA A CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE ELEMENTOS DINAMIZADORES DA EIHSCP	198
XXII.	QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO (EIHSCP)	205
XXIII.	EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS - QUAL O CONHECIMENTO DA COMUNIDADE HOSPITALAR?	208
XXIV.	QUESTIONÁRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO DINAMIZADOR	213
XXV.	ESBOÇO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO DINAMIZADOR DA EIHSCP	216
XXVI.	FOLHA DE REFERENCIAÇÃO PARA A EIHSCP	224
ANEXOS		227
I.	CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “O SONO E O REPOUSO NOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS” NO 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS	228
II.	CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “O DEVER DE CONFORTAR EM ENFERMAGEM”	230

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a selecionar	21
Tabela 2 - Síntese dos artigos selecionados	24

INTRODUÇÃO

De acordo com a Ordem dos enfermeiros (2010) enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem na melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

O Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (Universidade Católica Portuguesa, 2011, pg.8).

Na minha prática diária sou confrontada com situações imprevistas e complexas na prestação de cuidados com a pessoa internada num serviço de medicina e, procurando desenvolver competências que me permitam dar resposta as necessidades cada vez mais complexas dos clientes e famílias, surgiu a motivação para ingressar neste percurso académico e neste curso em específico.

No âmbito do desenvolvimento de competências especializadas adequadas à prática clínica enquadra-se a unidade curricular Estágio. Esta unidade curricular divide-se em três módulos, não precedentes entre si, tendo iniciado este percurso pelo módulo I – Urgência, seguindo-se o módulo II - Cuidados Intensivos, culminando no módulo III - opção, realizado no contexto dos cuidados paliativos. Segundo Patricia Benner (2001), todas as experiências precisam de uma aprendizagem e não basta uma única situação para se adquirir determinada competência. O Estágio constitui-se como uma componente de formação fundamental na validação e aplicação da experiência profissional, consolidação e desenvolvimento de novas competências e articulação das aprendizagens realizadas, pelo que a escolha dos locais de estágio revela-se de especial importância (Cabete, 2007).

A escolha dos locais de estágio recaiu num hospital da região sul do país. Esta instituição tem como área de influência a população de dois concelhos fortemente industrializados, sujeitos a intenso tráfego quer de uma forma geral, quer devido ao trânsito de matérias perigosas e à presença de um porto com componente comercial, de pesca e de turismo, o que eleva significativamente o risco industrial e viário (Xavier, Matos, Modesto, 2011). Deste modo, os clientes desta instituição apresentam situações

de saúde-doença complexas, possibilitando o desenvolvimento de competências de especialista na vertente da enfermagem médico-cirúrgica [EMC].

A instituição assume como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados com respeito pela dignidade dos utentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. Desenvolve ainda atividades complementares, como as de ensino pré e pós-graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde (Centro Hospitalar de Setúbal, 2011).

Neste momento integra o projeto de acreditação pelas normas da Joint Commission International [JCI] cujas finalidades são melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os riscos para todos os clientes e profissionais. O Programa de Acreditação da Comparative Health Knowledge System [CHKS] constitui uma ferramenta de garantia da qualidade para organizações de saúde, através da atualização ou criação de uma estrutura de normas de boas práticas, que permitam à organização controlar os elementos que formam a base da qualidade (CHKS, 2010).

O facto de exercer funções nesta instituição há mais de seis anos, conhecendo a cultura organizacional, a dinâmica e o funcionamento da mesma, torna-se um elemento facilitar às aprendizagens específicas dos diferentes serviços, à implementação de projetos de intervenção e a transferência destas aprendizagens e projetos para a minha prática diária como enfermeira no Serviço de Medicina Interna do mesmo hospital (Santos, 2007). A proximidade física do hospital ao domicílio, assim como, dos campos de estágio ao meu local de trabalho reveste-se de extrema importância uma vez que me permite articular e rentabilizar melhor o tempo entre o horário praticado no meu serviço e as horas de estágio.

O Estágio referente ao Módulo I – Serviço de Urgência [SU] teve lugar no período de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012, no SU geral. O SU geral tem como missão estratégica o atendimento dos clientes urgentes e emergentes, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica, articulando-se com as demais estruturas institucionais, estatais e não estatais, que atuam no âmbito do Sistema Nacional de Saúde [SNS], direta ou indiretamente, desde a área pré-hospitalar à hospitalar. Classificado pela Direcção-Geral da Saúde (2001) como sendo um serviço de urgência médico-cirúrgica, dispõe, para além das valências básicas definidas para este tipo de

serviço, de uma via verde coronária e de uma via verde de Acidente Vascular Cerebral [AVC] (Xavier, Matos, Modesto, 2011).

Funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade, a instituição conta com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] que se destina ao transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a pessoa, procurando a “estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita.” (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2009).

Dada a polivalência deste serviço de urgência, com a especificidade de se classificar como uma urgência médico-cirúrgica, considerei que este é um local de estágio com potencialidades para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro EEMC.

O Módulo II – cuidados intensivos, foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] no período de 23 de setembro de 2012 a 16 de novembro de 2012. Esta UCI caracteriza-se como uma UCI polivalente (ou médico-cirúrgica), funcionando em nível III (maior nível de diferenciação de Cuidados Intensivos), e recebe clientes médicos ou cirúrgicos com diversificadas situações de saúde-doença (Direção Geral da Saúde [DGS], 2003). A UCI tem como missão prestar cuidados à pessoa em estado crítico, admitidas ou internadas, durante a fase em que a sua condição clínica ameaça a vida (Ribeiro, Martinez, Silva, 2011).

Além da prestação assistencial direta no serviço, os elementos deste integram a Equipa de Emergência Médica Interna [EEMI] que tem como objetivo otimizar a prestação de cuidados, prevenir complicações e diminuir a morbilidade e a mortalidade dos clientes internados ou pessoas que circulem em zonas comuns. A abordagem à pessoa é multidisciplinar, global e integrada de forma a suportar, prevenir ou reverter a disfunção orgânica que ameaça a vida (Ribeiro, Martinez, Silva, 2011). Considerando o anteriormente exposto, dando especial relevo ao carácter polivalente desta unidade, à equipa de enfermagem especializada e à existência da EEMI, creio que este serviço se constituiu como um local privilegiado à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área de especialização.

Ao Módulo III correspondeu a área opcional – cuidados paliativos. A escolha da área de opção é justificada pela importância que a temática dos cuidados paliativos tem na minha prática profissional e no contexto atual, sentindo necessidade de desenvolver

competências especializadas no cuidado com a pessoa e família em situação de doença paliativa.

No exercício da minha atividade profissional, deparo-me diariamente com clientes e famílias em situação de doença incurável, avançada e progressiva onde a terapêutica não tem qualquer fim curativo. A partir do último século, o aumento da longevidade conduziu ao aumento do número de pessoas que sofrem de doenças crónicas, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva (Neto, 2003). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP] crê que 90% das mortes que ocorrem em Portugal resultam de doenças crónicas e avançadas (APCP, 2006a).

Com o objetivo de preconizar o conforto e a qualidade de vida como ideais a seguir, surge, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos, definindo-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a melhor qualidade de vida possível a estas pessoas e suas famílias (APCP, 2006). Existem cerca de 62.000 pessoas com necessidade de cuidados paliativos, sabendo-se que os recursos existentes estão longe de serem suficientes para assistir todo este universo (Capelas, 2009). Atualmente as pessoas internados em situação de doença avançada e incurável representam uma elevada percentagem da ocupação das enfermarias, necessitando estas de cuidados específicos que passam pelo controlo sintomático e maximização do conforto e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são assim reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde, uma necessidade em termos de saúde pública, um imperativo ético que promove os direitos fundamentais das pessoas e aumenta o conforto e, simultaneamente, como uma obrigação social. (Querido, 2005; Jarabek et al, 2008).

O Módulo III foi desenvolvido na EIHS CP, no período de 12 de novembro de 2012 a 18 de janeiro de 2013. A EIHS CP integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], como equipa multidisciplinar do hospital de agudos, com formação em cuidados paliativos, estando integrada no Serviço de Oncologia Médica do mesmo hospital. O seu núcleo executivo tem como função proporcionar cuidados de qualidade à pessoa e família em fim de vida, exercendo funções de consultores, prestadores e referenciadores.

A escolha da EIHS CP como local de estágio está relacionada com o fato de a mesma basear a sua assistência numa filosofia humanista do cuidar em fim de vida, sem

recorrer ao encarniçamento terapêutico, centrando-se no controlo de sintomas, comunicação, apoio à família e no trabalho em equipa para acrescentar dignidade e qualidade aos últimos dias de vida. Além disto, estando sediada na instituição onde desenvolvo a minha prática profissional diária, permite-me, através da partilha dos saberes adquiridos com a equipa do meu local de trabalho, promover uma articulação eficaz entre os serviços, visando, como finalidade, a promoção do conforto e melhoria contínua da qualidade de cuidados com a pessoa e família em situação paliativa.

Os modelos conceptuais orientam a prática de enfermagem, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados. Embora coexista na prática diversos paradigmas, tendo como objetivo a prestação de cuidados à pessoa como ser único e um parceiro na gestão de cuidados, orientei a muita intervenção segundo o paradigma da transformação (Kérouac et al., 1996).

O cuidado é a essência da enfermagem, sendo o seu objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana defendendo (Watson, 2002). Os cuidados de enfermagem deverão ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência através da avaliação da sua falta de harmonia, promovendo na pessoa capacidade de decidir sobre o que melhor se adapta às suas necessidades. Watson destaca que o processo de cuidado compreende os mesmos passos que o processo de pesquisa científica, uma vez que ambos partem da identificação de um problema, procurando soluções para o resolver (George, 2000; Watson, 2002; Nell, 2004). Os conceitos da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, tais como, o cuidar de si próprio antes de cuidar do outro, a importância da relação interpessoal para o cuidar humano, das necessidades identificadas, o processo de cuidado e o sentido espiritual do ser humano, foram contributos importantes para o desenvolvimento deste percurso de aprendizagem.

Do modelo conceptual de Marta Rogers do “Ser Humano Unitário”, retive a conceção de que o homem é um todo unificado que possui uma integridade própria e espelha características que são mais do que a soma das partes. A pessoa e ambiente são considerados campos de energia irreduzíveis e integrantes um com o outro e permanentemente criativos na sua evolução. A autora defende a continuidade dos cuidados em detrimento do cuidar apenas em situação de doença episódica, atribuindo especial importância ao conhecimento como ferramenta para a aplicação da enfermagem no cuidado (Gunther, 2004).

Sendo o conforto um dos focos de interesse, houve necessidade de investigar as teorias de enfermagem que consideravam este foco. No âmbito das várias Teorias de

Enfermagem, têm surgido diferentes perspetivas sobre o conforto, nomeadamente na conceção de Watson, Leininger, Morse e Kolcaba (Apóstolo, 2009).

Kolcaba trabalhou a conceptualização e operacionalização do conceito de conforto, definindo-o como o resultado holístico da prática de enfermagem, no qual estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Os estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: físico, social, psicoespíritual, ambiental, podendo assumir significados diferentes para pessoas diferentes (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003). Os pressupostos da teoria de Katherine Kolcaba defendem que a pessoa em situação de doença é o centro dos cuidados, parceira na identificação das suas necessidades de conforto e medidas (estratégias) para as colmatar. A instituição promotora de cuidados de saúde trabalha para satisfazer as necessidades dos parceiros de cuidados (cliente e família) (Kolcaba, 2003).

Definindo como principal enfoque dos cuidados a promoção do conforto da pessoa e família e constatado que o mesmo se assume como um conceito subjetivo, conhecer os indicadores clínicos de conforto comprometido revelou-se indispensável para a determinação rigorosa deste diagnóstico. A formulação de diagnóstico é a primeira etapa do processo de enfermagem, dependendo o nível de precisão do mesmo da capacidade do enfermeiro em identificar de forma clara e específica, tanto os problemas, como as suas causas, procurando informações científicas pertinentes e adaptadas à situação (Cruz, Pimenta, 2005; Santos et al, 2008). A estratégia utilizada para dar resposta à necessidade identificada passou pela realização de uma revisão integrativa que subsidiasse a prática.

No Curso, o presente relatório surge revestido da maior importância, na medida em que além de sistematizar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, fomenta o pensamento reflexivo na e sobre a ação, fornecendo contributos para melhorar a prática futura. Este documento descreve e reflete o estágio realizado nos módulos I, II e III e tem como principais objetivos:

- Fundamentar o processo de tomada de decisão na prática clínica com a fundamentação da mesma baseada em evidência científica;
- Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades e estratégias utilizadas para atingir os objetivos definidos;
- Enunciar as competências desenvolvidas.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho é descritiva, sustentada na aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos durante o período teórico, na consulta e análise de bibliografia considerada pertinente para o efeito, nos dados fornecidos pelo guia orientador de estágio, nas reuniões informais com as enfermeiras chefe, enfermeiros orientadores e nas indicações da enfermeira tutora.

Este trabalho encontra-se dividido da seguinte forma: Introdução, fundamentação da problemática, desenvolvimento e conclusão. Na introdução é efetuado um enquadramento do estágio com apresentação dos módulos realizados, a sua caracterização e respetiva fundamentação, salientando ainda o paradigma orientador e as teorias que suportaram a prática. A fundamentação da problemática baseia-se numa revisão integrativa relativa ao principal foco de interesse, o conforto, mais especificamente, nas características definidoras, indicadores clínicos de conforto comprometido. O desenvolvimento está dividido por subcapítulos que correspondem aos diferentes módulos de estágio, onde será feita a descrição e análise das atividades desenvolvidas e competências especializadas fortalecidas. Na conclusão, poderemos encontrar um breve resumo do impacto deste percurso na minha formação como EEMC, bem como dificuldades e aspirações para o futuro. Em anexos e apêndices, são apresentados alguns documentos que entendo serem pertinentes para complementar a leitura acerca do percurso desenvolvido.

Pretendo que este projeto de estágio sirva de suporte ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O CONFORTO NOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DE CONFORTO PREJUDICADO

COMFORT IN NURSING DIAGNOSIS: DEFINING CHARACTERISTICS OF IMPAIRED COMFORT

No decorrer deste capítulo será apresentada uma síntese da revisão integrativa realizada durante o estágio. O documento que subsidiou a prática poderá ser consultado no Apêndice I.

RESUMO

Da literatura de enfermagem constata-se que o conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados (Mussi, 2005; Apostolo, 2009).

O processo de enfermagem consolida-se na prática clínica e orienta o trabalho do enfermeiro, cumprindo as etapas necessárias para a prestação de cuidados e a obtenção de resultados. A identificação do problema, isto é, do diagnóstico de enfermagem, passa pelo reconhecimento das suas características definidoras e de fatores relacionados com o fenómeno em estudo, sendo este a metodologia científica do cuidado em enfermagem. (Fontes, Cruz, 2007; Caldeira et al, 2012).

O objetivo deste estudo é reunir e sintetizar o conhecimento existente acerca das características definidoras do diagnóstico de conforto comprometido, utilizando a revisão integrativa como método e a metodologia PI[C]OD na condução da mesma. A pesquisa foi realizada em diversas bases de dados eletrónicas, apurando-se um total de cinco artigos para análise. Os principais resultados, embora identifiquem algumas características definidoras do diagnóstico de conforto comprometido, evidenciam também a necessidade de investigação do foco.

Palavras-chave: *conforto, desconforto, conforto prejudicado e enfermagem*

ABSTRAT

Within the nursing literature, it is clearly highlighted that comfort, historically, has been regarded as a main, fundamental concept and related to the nursing practice, as a goal to be achieved by assistant nursing or a part of it, thus a desired result in caretaking (Mussi, 2005; Apostolo, 2009).

The Nursing process is consolidated in the clinic practice and conducts the nurse's job, fulfilling the necessary steps for care taking and achieving results. Acknowledging the problem, i.e., the nursing diagnosis is conducted by knowing its defining characteristics and related issues with studied phenomenon, this being the scientific methodology of nursing care (Fontes, Cruz, 2007; Caldeira et al, 2012).

The goal of this study is to gather and summarize the existent knowledge of the defining characteristics of the impaired comfort diagnosis, using integrative review as method and PI[C]OD methodology in its procedure. The research was made in various electronic databases, retrieving a total of 5 articles for analysis. The main results, although they do point out the defining characteristics of the impaired comfort diagnosis, make it clear also that further research is needed.

Keywords: *comfort, discomfort, “impaired comfort” e nurs**

ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Da literatura de enfermagem constata-se que o conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um objetivo a ser atingido pela assistência de enfermagem, ou uma dimensão desta e, portanto, um resultado desejado para a prestação de cuidados (Mussi, 2005; Apostolo, 2009). O termo conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa ato ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar, auxílio e consolo nas aflições (Infopédia, 2013). A palavra conforto vem do latim confortus, participípio passado de Confortare que significa fortalecer, conferir força; resulta da junção de Com que significa junto com Fortis, a saber, forte, intenso, robusto. Neste sentido conforto expressa forte em conjunto (Satiya, 2012).

Apesar da frequência e importância da utilização do termo “conforto” em enfermagem, só em 1991, com os trabalhos de Katharine Kolcaba, se iniciou o seu processo de definição teórica e operacionalização para a ciência de enfermagem. Kolcaba define cuidados em saúde como cuidados com vista à promoção do conforto, contextualizando este conceito como objetivo da enfermagem e como um estado relativo à pessoa em situação de saúde-doença, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Kolcaba, 1992; Kolcaba 2003). Assim, para a mesma autora o conforto é considerado não apenas um conceito, mas também um resultado imediato e desejável da prática de enfermagem; um estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas de conforto com o intuito de alcançar um estado de alívio, tranquilidade e transcendência. Na sua teoria holística do conforto, os significados teóricos do conforto são interligados com os contextos definidos pela autora como “contextos do conforto”, nomeadamente, os contextos físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Deste modo, em seu trabalho o conforto é intencional, positivo, holístico, multidimensional, teoricamente definível, e operacionalizável (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 1992; Kolcaba, 1994). O caráter multidimensional atribuído ao conforto remete-nos para a intersubjetividade do termo, ou seja, significa coisas diferentes para diferentes pessoas (Kolcaba, 1991).

Intervenções de enfermagem foram definidas como “medidas de conforto”, ou seja, medidas utilizadas para satisfazer as necessidades específicas de conforto, sendo que quando estas necessidades não estão satisfeitas, dever-se-á direcionar as nossas forças no sentido de o maximizar (Kolcaba, 1994; Kolcaba, Fisher, 1996).

A prática clínica de enfermagem é sustentada por referencial metodológico denominado processo de enfermagem que orienta o trabalho dos enfermeiros na sistematização das suas ações por meio de etapas que vão sendo operacionalizadas simultaneamente (Fontes, Cruz, 2007; Barros, 2009). A fase do diagnóstico de enfermagem é aquela onde o raciocínio clínico dar-se-á pela identificação de problemas que deverão ser solucionados à luz dos referenciais teóricos que possibilitaram o seu reconhecimento e que apoiarão as ações de enfermagem para solucioná-los (Barros, 2009).

Os Diagnósticos de Enfermagem [DE] foram desenvolvidos para fornecer uma linguagem internacional que descreva o problema identificado de uma forma concisa, conduzindo à intervenção e ao resultado (Herdman, 2011). A identificação do diagnóstico passa pelo reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas que clarifiquem o fenómeno sob investigação, designados de características definidoras [CD], e de fatores relacionados que se constituem como circunstâncias ou causas possíveis para os problemas ocorrerem (NANDA, 2012). A definição destas características deve ser clara e ter na sua génese evidência científica e confirmação na prática clínica (Herdman, 2011; Caldeira et al, 2012). Na prática clínica cabe ao enfermeiro identificar as CD, associá-las ao diagnóstico que melhor traduza a situação e implementar intervenções com vista à melhoria do quadro atual (Barros, 2009; Vaz, 2009).

A evidência científica deve ser procurada para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados, sabendo-se que a prática baseada em evidência contribui para a precisão e rigor dos diagnósticos (Cruz, Pimenta, 2005). Nem toda a evidência clínica de um diagnóstico se aplica à generalidade das situações e as características definidoras de um diagnóstico podem ser simultaneamente características de um outro, o que dificulta o estabelecimento de um diagnóstico com elevado nível de precisão (Cruz, Pimenta, 2005; Caldeira et al, 2012).

Reconhecendo a importância da evidência científica na prática, a subjetividade inerente ao conceito de conforto e da importância de objetivar as características definidoras de um diagnóstico para uma prática clínica centrada nas necessidades do cliente, procedeu-se a uma pesquisa exploratória com o intuito de identificar os indicadores clínicos do diagnóstico de conforto comprometido. A pesquisa inicial revelou a existência de poucos estudos relativos à temática, pelo que surgiu a

necessidade desta revisão integrativa, esperando que a mesma possa contribuir para aumentar o conhecimento acerca das características definidoras de conforto prejudicado.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com o propósito de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno, usando o método PI[C]OS, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais as características definidoras de conforto comprometido, identificadas na literatura, em pessoas sujeitas a cuidados de saúde?

METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é reunir e sintetizar o conhecimento existente acerca dos indicadores clínicos que certifiquem o comprometimento do conforto.

Para a elaboração da questão de investigação e determinação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a analisar, foi utilizado o método designado de PI[C]OS: participantes (e situação problema), intervenção, resultados e tipo de estudo (Centre for Reviews and Dissemination, 2009) (Tabela 1).

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
P - Participantes	→ Clientes; família; enfermeiros ou outros profissionais de saúde.	
I - Intervenção	→ Estudo do fenómeno da experiência do conforto dos clientes, independentemente do contexto de cuidados.	
O – Outcomes (resultados)	→ Indicadores clínicos de conforto comprometido	
S – Study (tipo de estudo)	<ul style="list-style-type: none"> → Estudos de investigação com uma abordagem qualitativa e quantitativa; → Estudos redigidos em inglês, francês, espanhol e português; → Artigos com texto integral acessível. 	<ul style="list-style-type: none"> → Dissertações de licenciatura → Estudos anteriores a 2008

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a selecionar

PROTOCOLO DE PESQUISA

Na resposta à questão de partida efetuou-se pesquisa em bases dados bibliográficas online nacionais e internacionais, no mês de dezembro e janeiro de 2013, visando o horizonte temporal desde 2008 até dezembro 2012, conjugando os seguintes descritores: comfort AND nurs*, discomfort AND nurs* e “impaired comfort” AND nurs*.

A pesquisa foi realizada em diversas bases de dados eletrónicas com os seguintes resultados entre parêntesis: EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete) (1929); Scielo Portugal (1), SciELO Scientific Electronic Library Online (53) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (137).

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram examinados e posteriormente selecionados manualmente, apurando-se um total de 1636 publicações em formato de texto completo, dos quais se excluíram 1599 pela leitura do título e 31 pela leitura do resumo, finalizando num total de 6 artigos para análise, sendo um destes eliminado por estar redigido em chinês.

De seguida, serão apresentadas na tabela 2, as sínteses dos 5 artigos selecionados para esta revisão da literatura, especificando a informação relativa aos autores, ano de publicação e país, assim como os participantes do estudo, objetivos do mesmo, metodologia utilizada e os resultados obtidos pelos autores.

Autor / Ano / País	Amostra do estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados
1. Yousefi et al., 2009 Irão	22 participantes: 16 clientes hospitalizados e 6 enfermeiros	Explorar as experiências de conforto de clientes hospitalizados durante a sua admissão num serviço de internamento médico-cirúrgico	Estudo hermenêutico fenomenológico (aplicação de entrevistas)	Aspectos que concorrem para o conforto: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Ter um amigo no hospital ➔ Profissionais preocupados em evitar o sofrimento ➔ Ambiente adequado para cerimónias religiosas ➔ Estar com os membros da família.
2. Waldrop; Kirkendall, 2009	42 membros da equipa de saúde (15 enfermeiros, 9 assistentes operacionais, 10 administradores, 4 assistentes sociais e 4 empregadas de limpeza)	Explorar os sinais que permitem reconhecer que a pessoa internada está em fase final e apresentar medidas gerais promotoras de conforto	Estudo exploratório, descritivo, envolvendo métodos qualitativos (usaram entrevistas semiestruturadas)	Os enfermeiros apontaram indicadores físicos, comportamentais e sociais como característicos da aproximação à morte. Como cuidados de conforto consideraram importante a inter-relação entre: a gestão de sintomas, os cuidados à família, as relações interpessoais e a complementaridade entre os papéis interdisciplinares.

Autor / Ano / País	Amostra do estudo	Objetivos	Metodologia	Resultados
3. Kalfon et al., 2010 França	868 clientes adultos internados na UCI	Desenvolver e validar o questionário IPREA (Inconforts des Patients de REAnimation) para a avaliação dos desconfortos percebidos pelos clientes internados na UCI	Estudo de corte realizado em duas fases: construção do questionário inicial e avaliação psicométria do instrumento de medida (usaram entrevistas estruturadas)	Desconfortos identificados: → Privação de sono → Acoplagem a fios e tubos → Dor → Sede → Ansiedade → Barulho → Fome
4. Freitas; Mussi; Menezes, 2012 Brasil (Salvador da Bahia)	9 familiares de pessoas internadas em UCIs	Conhecer os desconfortos vividos no quotidiano de familiares de pessoas internadas na unidade de terapia intensiva (UTI)	Estudo exploratório, de natureza qualitativa, (usaram entrevistas semiestruturadas)	O desconforto foi expresso pela impossibilidade em continuar com a vida pessoal e familiar anterior. Este desconforto foi representado por 4 categorias: 1. Angústia da possibilidade da perda (incerteza da recuperação e medo da morte) 2. Cisão na vida familiar (alteração nas rotinas, alterações nas relações com os outros, afastamento do lar) 3. Mudanças na vida social e profissional do familiar (interferências no trabalho e nos estudos, tendo o lazer afetado) 4. Dificuldade para cuidar de si (alteração no padrão de sono, falta de apetite)

Tabela 2 - Síntese dos artigos selecionados

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise crítica dos artigos selecionados, verificamos que estes estão incluídos no friso temporal de 2009-2012, estudando populações do Irão, França, Brasil e Estados Unidos. Quanto ao tipo de estudo de investigação utilizado, salientam-se estudos qualitativos (1,4) e estudos quantitativos (2,3). Dentro dos estudos quantitativos, ~~destaca-se~~ um estudo descritivo (2) e um estudo comparativo (3).

A pesquisa revela a existência de uma amostra é heterogénea, constituída por 884 clientes, 9 familiares, 24 enfermeiros e 24 outros elementos da equipa de saúde. Três dos artigos em análise referem-se ao contexto hospitalar (1,2,4), sendo dois deles referentes a unidades de cuidados intensivos (3,4) e um outro a um internamento médico-cirúrgico (1). Outro contexto é abordado, a realidade de uma casa de repouso, onde opera uma equipa de saúde especializada, a saber, administradores, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais e pessoal da limpeza (2).

Dos artigos selecionados apenas 2 artigos respondem de forma parcial à questão de investigação colocada, evidenciando de forma objetiva indicadores clínicos de conforto nos participantes. Com a intenção de enriquecer a discussão dos resultados encontrados, serão introduzidos outros estudos, pertinentes para esta temática mas que não obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a elaboração desta revisão integrativa da literatura.

A maior parte da bibliografia consultada aponta para os **fatores relacionados com o conforto**, ou seja, aqueles que identificam a causa do problema, do conforto comprometido de um indivíduo, família ou comunidade terem o seu conforto comprometido (NANDA, 2012). Organizando em categorias os achados do estudo nº 1 e nº 4 identificamos com fatores relacionados com o diagnóstico de conforto comprometido: a solidão, medo da morte, medo da dependência nas atividades de vida diárias, angústia, défice de confiança nos profissionais, prática religiosa diminuída, sensação de abandono, mudanças no ambiente familiar, social e profissional e sensação de perda de controlo.

Os achados do estudo revelam-se importantes na fase de planeamento das intervenções, lembrando-nos da importância de envolver a família em todo o processo de cuidar e de que este não se restringe à pessoa internada. Segundo Kolcaba (1994), o processo de conforto tem um carácter intencional, sendo dirigido às necessidades de cada

ser, considerando a autora que os recetores das medidas de conforto devem ser todos aqueles que apresentam um défice real ou potencial em qualquer contexto.

Quanto aos indicadores clínicos de conforto comprometido, apenas os estudos nº 2 e 3 fornecem contributos para o fenómeno em estudo. Nestes trabalhos os participantes relacionaram o comprometimento do conforto com a angústia, anorexia, xerostomia, disfagia, dor, dispneia, náuseas, ruído, luz excessiva, privação do sono, sede, fome, desconforto relacionado com a ventilação mecânica, limitação do movimento devido à monitorização e administração de terapêutica, falta de privacidade, ansiedade, isolamento e falta de informação. A sede, privação do sono, dor e ansiedade foram os quatro incómodos mais mencionados no estudo nº3.

Outros estudos realizados sobre os principais stressores do ambiente da UCI e principais causas de insatisfação da pessoa em situação de doença crítica também suportam os resultados do estudo anteriormente, concluindo que o ruído, a perturbação do sono, a imobilidade, a solidão, as alterações na comunicação aquando da ventilação invasiva, a luz constante, a dor e as oscilações de temperatura (o frio e o calor) são referidos como os principais desconfortos (Honkus, 2003; Parthasaraty and Tobin, 2004; Tastan et al, 2010; Gadalean, Cheptea, Constatin, 2011; Yava et al, 2011).

Kolcaba identificou que a dor, náusea e fadiga são aspetos significativos de desconforto que precisam ser geridos para que a pessoa possa estar em condição de conforto, referindo que outros aspetos de desconforto, como a ansiedade, a solidão, a angústia espiritual também impedem um paciente de alcançar conforto holístico (Kolcaba, 1992). Na revisão integrativa levada a cabo por Vaz em 2009, a autora encontrou como características definidoras de conforto prejudicado a dor, calor, sede, higiene inadequada (pessoal e/ou do leito), barulho, fadiga, náusea, expressão verbal e sensação de estiramento. Analisando as características definidoras do diagnóstico de conforto prejudicado da NANDA, podemos observar que a ansiedade, o relato de angústia, medo, padrão de sono prejudicado, a sensação de calor e de frio, relato de fome e relato de falta de sentir-se à vontade com a situação estão também expressas nos documentos consultados. Além das descritas pela NANDA, outras características definidores de conforto comprometido podem ser encontrados na literatura, como: dor, anorexia, xerostomia, disfagia, dispneia, náuseas, fadiga, relato de solidão, relato de sede, relato de higiene inadequada (pessoal e/ou do leito), barulho e expressão verbal (2012).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento de conceitos de enfermagem padronizados, bem como a tarefa de classificar e nomear diagnósticos, constitui-se um processo facilitador da comunicação e informação entre a classe profissional, permitindo maior eficiência na assistência prestada e na continuidade dos cuidados.

Através deste trabalho foi possível identificar possíveis características definidoras de conforto comprometido, se bem que de forma parcial. Embora os resultados evidenciem características comuns aos diferentes estudos, a maior parte não coincide. A falta de congruência entre os resultados e as características definidoras expressas nos diagnósticos da NANDA, o pequeno número de estudos encontrados e o fato de nenhum deles ser relativo à realidade portuguesa, remete-nos para a necessidade de maior investigação face a este foco. O desenvolvimento de bases científicas para a prática de enfermagem é indispensável para a qualidade dos cuidados, sendo que uma prática assente na evidência científica orienta a competência profissional quanto às condições e possibilidades de aplicação dos resultados em benefício da saúde (Santos et al., 2008).

BIBLIOGRAFIA

APÓSTOLO, João – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referencia*. 9 (2009): 61-67.

BARROS, Alba. - Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22, (2009):864-867. [Em Linha]. [Consultado a 29/1/2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>

CALDEIRA, S. - Validation of nursing diagnoses - the differential diagnostic validation model as a strategy, REUOL. *Revista de enfermagem UFPE on line*. 6 (2012): 1441-1445. ISSN: 1981-8963

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION - *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York: York Publishing Services Ltd, (2009). 978-1-900640-47-3.

CRUZ, D.; PIMENTA, C. – Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-americana Enfermagem*. [Em Linha]. 13, (2005): 415-422. [Consultado a 2/2/2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

FELIZ, V. et al. - Análise de desconforto térmico local em ambientes cirúrgicos com o uso de manequim, medição de variáveis ambientais e avaliação subjetiva. *Ambiente Construído*. ISSN 1678-8621. 12, (2012): 115-129.

FONTES, Cassiana; CRUZ, Diná – Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clinica médica. *Rev Esc Enferm USP*, 4 (2007): 395-402. [Em linha]. [Consultado a 30/1/2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>.

FREITAS, K.; MUSSI, F.; MENEZES, I. – Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*. 16, (2012): 704 – 711.

GADALEAN, Ioana; CHEPTEA, Marilena; CONSTANTIN, Ioana – Evaluation of Patient Satisfaction. *Applied Medical Informatics*. 29, (2011): 41-47.

HERDMAN, Tracy. – Qual o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 13, (2011):161-162. ISSN: 1518-1944

HONKUS, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. *Critical Care Nurs*. 26, (2003): 179-189.

INFOPIEDIA - Dicionário da Língua Portuguesa. [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 2013-02-01]. Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/conforto>](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/conforto).

KALFON, P. - Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med.* 36, (2010):1751–1758.

KOLCABA, K.Y. - A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship.* 23, nº4 (1991):237-240

KOLCABA, K.Y. - Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science.* 15, nº1 (1992):1-10.

KOLCABA, K.Y. - A theory of holistic comfort for nursing. *Advances in Nursing Science.* 19 (1994):1178-1184.

KOLCABA, K.Y. – *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research.* New York: Springer (2003).

KOLCABA, K; FISHER, EM - A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly.* 18, (1996): 66-76.

MUSSI, Fernanda - Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 18 (2005):72-81.

NANDA - Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014. [Em Linha]. São Paulo: Artmed, (2012). [Consultado a 20/1/2013]. Disponível em: <http://books.google.pt/>. ISBN: 978047654828.

PARTHASARATY, S, TOBIN, M.J. - Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Med,* Fevereiro (2004): 197-206.

SANTOS, A. et al – Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enfermagem.* 17, (2008): 141-149.

TASTAN, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatol. J. Clinical Investigation,* 4 (2010): 5-10.

VAZ, Carolina – *Dor aguda e conforto prejudicado em Parturientes: Revisão integrativa*. Porto Alegre: 2009. Trabalho de conclusão do curso apresentado à disciplina de trabalho de conclusão II. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

WALDROP, D.; KIRKENDALL, A.- Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing Home-Based End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*. 12, (2009).

YAVA, Ayla et al – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*. 27 (2011) 36-47.

YOUSEFI, H. et al - Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*. 65, (2009): 1891-1998.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer do estágio procurei aprofundar conhecimentos e integrar competências da área da EMC e agregar outras com vista à promoção do conforto da pessoa e família em situação de doença crítica e/ou paliativa. O percurso realizado nos três módulos ofereceu as condições necessárias para o desenvolvimento de aprendizagens específicas de cada uma das diferentes áreas de atuação: urgência, cuidados intensivos e cuidados paliativos. O módulo I e II constituíram-se como módulos obrigatórios uma vez que se entendem como essenciais ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados na área de especialização.

Ao longo deste capítulo, irei fazer uma análise e reflexão fundamentadas das atividades desenvolvidas para o alcance dos objetivos traçados, fornecendo exemplos que atestem o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista em EMC, dando mais ênfase a descrição das situações referentes ao desenvolvimento nas áreas da comunicação e relação de ajuda.

2.1. MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA

O percurso de aprendizagem foi desenvolvido no Serviço de Urgência Geral, no período de 23 de Abril de 2012 a 23 de Junho de 2012, tendo definido como objetivo geral desta etapa de aprendizagem: “Desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação de urgência e emergência”. Como objetivos específicos delineei “Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoa e família em situação de urgência e emergência” e “Promover a melhoria do conforto da pessoa submetida a uma drenagem torácica, através de formação à equipa de enfermagem sobre o sistema de drenagem torácica “Ocean” e apresentação dos cuidados adequados aos clientes submetidos a este dispositivo”.

Início este relato pela análise das atividades desenvolvidas com vista ao alcance do primeiro objetivo específico: “Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoa e família em situação de urgência e emergência”.

A prestação de cuidados num serviço de urgência assume contornos diferentes de qualquer outro serviço; distingue-se dos demais serviços desde logo pela sua missão de assistir situações urgentes e emergentes que, se não forem prontamente atendidas, poderão colocar em risco a vida da pessoa. Além disto, pelas características que lhe são inerentes, o SU propicia a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte, as ameaças constantes de perda e fracasso e a despersonalização e desumanização dos cuidados prestados (Martins, 2010; Fernandes, 2011). A literatura consultada e a experiência adquirida no campo de estágio evidenciam que neste ambiente prevalecem as necessidades fisiológicas do cliente sobre as necessidades psicológicas e sociais; a pessoa é vista como alvo de tarefas que devem ser executadas, sendo a principal preocupação um desempenho rápido das ações de enfermagem e não o processo de trabalho e a satisfação do cliente (Lopes, 1995; Pereira, 1997; Martins, 2010). Sendo o método de trabalho que prevalece o método à tarefa, o enfermeiro fica impedido de entrar efetivamente em contato com a totalidade de cada cliente e família. Deste modo a prestação de cuidados assenta no modelo biomédico, o que colide com a meta delineada – proporcionar conforto no contexto físico, psicoespiritual, social e ambiental à pessoa e família em situação de doença crítica (Mussi, 2005; Martins, 2010).

Reconhecendo as vantagens do trabalho em equipa para a prestação de cuidados onde o foco é o cliente e família e atendendo às especificidades das equipas prestadoras de cuidados do SU, a integração na equipa multidisciplinar foi uma das minhas preocupações iniciais (Pinheiro, 1994). O contínuo direto entre o serviço de urgência e o serviço no qual trabalho regista muitos incidentes ou divergências face aos valores intrínsecos à prestação de cuidados, o que fez com que nos primeiros turnos houvesse necessidade de me “despegar” dessa experiência profissional e “fundir-me” com aquela equipa e com o funcionamento, limitações e rotinas próprias do serviço de urgência. A disponibilidade constante para colaborar em todas as valências do serviço de urgência, o interesse e motivação tanto na aprendizagem de novos saberes, como na partilha de saberes já adquiridos, contribuíram para acelerar o processo de integração e interação com a equipa multidisciplinar.

No serviço de urgência deste hospital o processo clínico está informatizado através do sistema “Alert”, sistema este de uso exclusivo dos serviços de urgência. Para que fosse possível prestar cuidados autónomos e poder registar as intervenções realizadas, foi indispensável aprender a trabalhar com este sistema. Segundo Figueiroa-Rêgo

(2003), os registos de enfermagem, para além de uma obrigação legal, documentam os cuidados, promovem a sua avaliação e continuidade dos mesmos, otimizando a gestão de serviços e a investigação sobre os cuidados. É através dos registos que os enfermeiros afirmam a sua autonomia e que a enfermagem tem fundamento científico e não se restringe à rotina (Pinho, 1997).

A prática clínica em contexto de urgência requer um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado, sendo os enfermeiros chamados a tomar decisões de uma forma autónoma ou interdependente (Martins, 2010). A imprevisibilidade do contexto, a falta de dados e muitas vezes a falta de tempo disponível tendo em conta a emergência da situação, exige que o processo de tomada de decisão seja imediato. Para o processo de tomada de decisão, no contexto de atendimento com a pessoa em situação emergência, foi indispensável uma adequada coordenação com a equipa multidisciplinar, a interpretação da informação transmitida pelos profissionais que transportam o doente até à sala de reanimação e deter/mobilizar rapidamente conhecimentos teóricos face à situação de saúde-doença da pessoa presente.

Pensando numa lógica de prestação de cuidados e não de execução de tarefas, embora o ambiente da urgência propicie a execução de prescrições de cuidados de forma quase automática, adotei uma atitude crítica e reflexiva face às mesmas, aquando da prática clínica (Martins, 2010). Ao consultar a prescrição, verifiquei que estava prescrita a administração de uma toma única de um antibiótico de largo espectro que tem um nome semelhante a um analgésico. Não sendo comum a administração de tomas únicas do fármaco prescrito, consultando a história clínica da pessoa, aferi que as suas principais queixas prendiam-se com dores intensas e edema no olho, que não havia registo de análises recentes ou qualquer outro exame que pudesse comprovar a existência de parâmetros infecciosos, levando-me à conclusão que havia necessidade de discutir a prescrição com o médico. Depois de refletirmos em conjunto sobre a prescrição, foi possível corrigir o erro e deste modo garantir a prestação de cuidados com qualidade e otimizar ganhos em saúde. Deodato (2008) defende que o enfermeiro, ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional através de uma prescrição de um cuidado, não a deve executar sem qualquer processo de raciocínio, fazendo uma avaliação técnica, científica, ética, deontológica e jurídica que determine a sua decisão de execução. Esta situação permitiu-me desenvolver, entre outras, as seguintes competências: “Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade

relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”, “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na sua área de especialização, refletindo na e sobre a prática de forma crítica” e “Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente” (UCP, 2011).

Sendo o SU um serviço de atendimento geral varias foram as situações de saúde-doença com que fui confrontada, sendo mais frequente a prestação de cuidados a pessoas em situação de doença cardíaca, neurológica e situações de trauma. No decorrer do estágio, à medida que me ia deparando com estas situações, fui consultando e discutindo com a equipa as diretrizes e recomendações específicas para cada uma, o que serviu como meio para apoiar tomadas de decisão mais fundamentadas, com rigor técnico e científico (Paiva e Silva, 2007).

Durante este período, recebendo na sala de reanimação um senhor em situação de bradicardia com sinais de gravidade, seguindo as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (2010), prestei os cuidados necessários a estabilização da pessoa, colaborei na colocação de um pace-maker, tendo culminado a prestação de cuidados com a transferência da pessoa para a hemodinâmica baseando-me no documento “Transporte do doente crítico” da Ordem dos médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008).

A capacidade de tomar decisões fundamentadas apoia o desenvolvimento das competências inerentes à gestão de “situações de imprevisibilidade de forma eficaz, dinâmica e rápida” (UCP, 2011). Neste âmbito vivi uma situação que passo a descrever: Enquanto me preparava para ir jantar, ouvi gritos e confusão que vinham do corredor da urgência e quando me dirijo à porta da sala aberta vejo um senhor agitado que sangrava abundantemente de uma ferida no lobo frontal, assustando todos aqueles que estavam à espera de ser atendidos. Socorrendo-me dos equipamentos de proteção individual para poder assistir a pessoa (bata, máscara e luvas), aproximei-me do senhor, mantendo uma distância de segurança e numa atitude de negociação; “Precisa de ajuda?”, “Posso ajudá-lo?”. Tentei resgatá-lo para a situação de doença e para a necessidade que tinha de cuidados urgentes. Depois de o retirar da presença dos restantes clientes, numa atitude de parceria de cuidados, comecei a prestar-lhe os primeiros socorros. Usando da compreensão empática, procurei identificar a origem daquela agitação: “ Senhor F., explique-me o que é que o chateou?” Usando da escuta ativa (acenar com a cabeça, fazer pequenos sons que demonstrassem o interesse e não interromper), ouvi a sua

versão dos fatos à medida que ia controlando o sangramento. Percebendo as reservas que tinha relativamente ao cirurgião e perante a necessidade de ser suturado, acompanhei-o até à sala de pequena cirurgia, mantive-me perto, explicando-lhe os procedimentos realizados. Centrando-me no pressuposto da continuidade dos cuidados defendido na teoria de Marta Rogeres, só dei por terminada a minha intervenção depois de fornecer e validar as informações relativas aos principais cuidados para evitar o agravamento da sua situação clínica e encaminhar a pessoa para o centro de saúde [CS]. (Gunther, 2004).

A situação relatada serviu de base para a reflexão sobre a importância da comunicação e gestão de conflitos com a pessoa e família em situação de doença crítica, uma vez que toda esta agitação começou depois de um desentendimento entre o cirurgião e o cliente.

Segundo Almeida (1995) e Martins, Teixeira e Amaral (2001), perante uma situação conflitual existem diferentes estratégias para a sua resolução. Adotando um comportamento assertivo, fazendo recurso ao diálogo e às técnicas de comunicação (escuta ativa e compreensão empática), demonstrei interesse na situação do outro, favoreci as relações interpessoais, a integração da pessoa nos cuidados, diminuindo as tensões inter-individuais e promovendo o conforto através da obtenção dos estados de alívio e tranquilidade (promovi a hemóstase, tranquilizei-o e encaminhei-o para a cirurgia) e transcendência (partilhei informações que o permitissem gerir a situação de doença atual e encaminhei-o para o CS). De acordo com o já referido na revisão integrativa, o medo espelhado na cara das pessoas, o barulho, a dor, a ansiedade e os sentimentos de estar pouco à vontade com a situação, permitiram-me identificar o diagnóstico de conforto comprometido no senhor e nos espetadores iniciais, levando-me a implementar as medidas de conforto anteriormente referidas.

Em todo o episódio foi imprescindível a coordenação entre a equipa médica, enfermagem, polícia e segurança, tendo assumido a postura de líder para dominar a situação e intervir. Considerando a urgência de controlar o evento, da importância de que o grupo presente agisse de forma rápida e eficiente com vista à obtenção do mesmo objetivo e observando que naquele momento era a enfermeira com mais tempo de experiência e com mais competências na gestão do imprevisto, orientei todos os profissionais para a realização de tarefas necessárias ao controlo da situação. Embora na prática diária não utilize o estilo de liderança autoritário, em situações de urgência pode ser o mais eficaz na condução da equipa (Teixeira, 1998; Santos, 2008).

Neste evento destaco o treino das seguintes competências: “Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização”; “Desenvolve uma relação de confiança, empatia e confidencialidade com o doente/ família”; “Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na sua área de especialização”, “Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização”, “Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização” e “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura” (UCP, 2011).

A ida ao serviço de urgência destabiliza o ciclo familiar, causando sofrimento físico e psíquico tanto à pessoa em situação de doença, como à família/pessoa significativa. As necessidades experimentadas pelos familiares são muitas vezes relegadas para segundo plano, observando que a equipa de saúde tende a valorizar as necessidades físicas da pessoa que cuida e o “tecnicismo” em detrimento do trabalho com o ser humano e sua família. A informação sobre a situação de doença, os medos, as experiências vividas, a falta de recursos e de apoio emocional contribui para aumentar os níveis de stress e ansiedade do familiar no diálogo com os profissionais de saúde (Pinho, Kantorski, 2004; Galinha, 2009). Mais do que transmitir informações, o importante é desenvolver competências de comunicação que nos permitam integrar a díade cliente/ família na prestação de cuidados. Otimizar a comunicação entre clientes, familiares e profissionais de saúde é também dar resposta a pressupostos éticos e deontológicos, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que consagra o direito da família e do utente a serem envolvidos no processo de cuidados (OE, 2002).

Para comprovar a minha prática face à problemática deficiente comunicação entre a equipa prestadora de cuidados, o cliente e o seu acompanhante, passo a descrever a seguinte ocorrência: Senhora idosa é trazida ao SU pela principal cuidadora por recusa alimentar há 3 dias e prostração. Familiar ansiosa e muito pouco aberta à comunicação com a equipa, muito menos disposta a levar a sua mãe novamente para casa. O enfermeiro entubou-a nasogastricamente, alimentou-a, colocou um soro para hidratação e, passadas algumas horas, começava a ficar vígil e mais reativa. A médica informou a familiar que a senhora tinha alta clínica; a filha ansiosa e revoltada com a situação disse que não levava a mãe para casa nestas condições.

Embora não fosse um dos intervenientes neste processo de cuidados, atendendo a que o enfermeiro, depois de executar intervenções de enfermagem interdependentes, tinha-se ocupado de outra situação, diagnosticando o comprometimento do conforto na familiar cuidadora, e depois de me inteirar de todos os pormenores, aproximei-me da pessoa doente e da sua filha, e fazendo uso da compreensão empática, iniciei o diálogo: “Boa tarde! Compreendo a sua ansiedade e preocupação face à alta da sua mãe, mas talvez possa ajudá-la. O que é que a preocupa?”. Fazendo uso da escuta ativa, percebi que a sua maior preocupação era relativa ao não domínio da administração de alimentação por sonda e o medo de que a doente a retirasse; iniciei o ensino face a esta técnica percebendo que a senhora mantinha os reflexos de deglutição. No momento da realização do teste de disfagia, incluindo a filha nesta tarefa, vi-a ficar mais tranquila, pedindo para retirar a sonda e tentar alimentá-la oralmente. Disponibilizando-me para o esclarecimento de dúvidas, a familiar colocou-me a seguinte questão: “E se ela cerra a boca e recusa novamente comer?”. Procurando dar resposta à questão, usando uma seringa de alimentação, demonstrei a técnica de alimentação com a seringa ressaltando a importância de aproveitar a ausência de alguns dentes na arcada dentária, para assim reduzir o risco de ferir acidentalmente a pessoa em situação de doença.

A informação complementar sobre a possibilidade de recorrer ao CS, caso tivesse alguma dificuldade em alimentá-la, demonstrou-se útil na diminuição da ansiedade e medo de ter que voltar ao hospital. Recorrendo ao feedback para validar a aquisição dos saberes transmitidos, pedi-lhe “Agora mostre-me como vai alimentá-la em casa?”. A tarefa foi executada sem qualquer dificuldade, agradecendo a disponibilidade e dizendo “Podem chamar a ambulância que vou levá-la para casa”.

As necessidades foram identificadas por meio da comunicação verbal e não-verbal e a sua avaliação fez-se através das perceções objetivas e subjetivas do familiar cuidador (Kolcaba, 1996). O recurso à empatia, escuta ativa, feedback e várias tipologias de perguntas, contribuíram para a resolução da situação e, conseqüentemente, para a promoção do conforto da pessoa em situação de doença e sua familiar. Atendendo às necessidades do familiar cuidador, dotando-o de conhecimentos teóricos e práticos avançamos no sentido da melhoria dos cuidados promovemos um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico (redução da ansiedade), psicoespiritual (melhoria do auto-conceito; é capaz de cuidar da sua familiar), social (o sentimento de que é capaz de cuidar da sua mãe favorece as relações familiares) e ambiental (as competências adquiridas pela filha permitiram levar a sua mãe para a sua

casa) (Kolcaba, 1991). A conduta adotada apoia o desenvolvimento de competências delineadas no início do estágio, tais como: “Desenvolve uma relação de confiança, empatia e confidencialidade com o doente/família; “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura”; “Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós-graduada.” (UCP, 2011)

Desenvolvendo a competência “Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar” fui bebendo da experiência e conhecimentos de todos os intervenientes no processo de cuidados, ao mesmo tempo que partilhava os conhecimentos e experiências que tenho adquirido ao longo do meu percurso profissional (UCP, 2011). O facto de trabalhar há 6 anos com a pessoa em situação de doença do foro médico em contexto de prestação de cuidados hospitalares, permitiu-me desenvolver competências em áreas pouco trabalhadas em contexto de urgência, mas que se revelam importantes na perspetiva da prestação de cuidados da pessoa como um todo, pelo que, aquando da troca de saberes com os colegas, penso ter contribuído para que alguns elementos pudessem aprimorar a assistência prestada. No sentido de ilustrar o desenvolvimento desta competência, apresento a seguinte situação: Pessoa em situação de doença oncológica, desidratado, desnutrido que recorre ao SU, por agravamento do seu estado geral e para realizar procedimentos com vista ao alívio da sintomatologia atual. Uma vez que o cliente percebia perfeitamente os procedimentos a realizar, centrei a minha atenção no estado de desnutrição, desidratação e fadiga do mesmo. Dominando as vantagens dos suplementos orais adequados a estas situações e percebendo que a colega não detinha conhecimento relativamente aos mesmos, partilhei com a equipa presente (enfermeira, cliente e médica) quais eram os produtos existentes na instituição e no mercado com benefícios comprovados na redução desta sintomatologia própria do tumor (Nunes, 2010; Sousa, 2011; Cunha et al, 2012).

A análise em conjunto com a colega das diferentes composições e indicações de cada suplemento permitiram-me desenvolver, entre outras, as competências “Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”, “Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”, “Identifica necessidades formativas na sua área de especialização” e “Toma iniciativas, é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização” (UCP, 2011).

Passamos agora a análise do segundo objetivo específico: “Promover a melhoria do conforto da pessoa submetida a uma drenagem torácica, através de formação à equipa de enfermagem sobre o sistema de drenagem torácica “Ocean” e apresentação dos cuidados adequados aos clientes submetidos a este dispositivo”.

Tendo em conta a introdução de um novo sistema de drenagem torácica [DT], foi sugerido pela enfermeira chefe trabalhar esta temática em contexto de estágio. Embora a situação problema não tenha sido identificada por mim, fez-me sentido abraçar a sugestão dada porque, os projetos de saúde têm como objetivo criar respostas de qualidade que satisfaçam as necessidades da população (Ruivo e Ferrito, 2010). Se os projetos de saúde não forem centrados nas necessidades reais dos enfermeiros, não será possível mobilizar e integrar estes profissionais na mudança, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados (Lima, Erdann, 2006).

Nos Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001), o enunciado relativo à satisfação do cliente defende que o empenho do enfermeiro para minimizar o impacto negativo, provocado por mudanças imprescindíveis ao processo de assistência de saúde, é um elemento importante, reconhecendo como premissas fundamentais a identificação tão rápida quanto possível dos problemas potenciais do cliente, no sentido de os evitar ou minimizar efeitos indesejáveis, e a indispensabilidade da existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade. Neste sentido, constituindo-se o projeto como uma ferramenta que subsidia a prestação de cuidados fundamentados à pessoa com DT, parece-me que o mesmo apoia o referido enunciado da OE.

Procurando fundamentar a pertinência do projeto, atendendo a dados estatísticos da instituição, observa-se que as pessoas em situações de perturbação respiratória, das quais se excluem a infeção, bronquite e asma, representam a maior percentagem dos atendimentos realizados nos últimos anos e que é elevado o número de kits de drenagem torácica consumido (dados privados não autorizados para divulgação pública).

Com o intuito de indagar a existência de Normas de Orientação Clínica [NOC] sobre o tema na instituição, reuni com a enfermeira da Comissão de Controlo de Infeção [CCI] e enfermeiro chefe da pneumologia/infeciologia deste hospital, constatando dessa forma que a única norma existente, a qual tinha como campo de aplicação apenas o Serviço de Pneumologia/ Infeciologia, referia-se apenas à colocação da drenagem e que a sua data de revisão já havia sido ultrapassada. Considerando que as NOC constituem-se como um instrumento promotor de boas práticas impulsionadoras de uma prática

segura e eficaz e de acordo com o estado da arte, revelou-se importante a criação de uma NOC relativa à temática da drenagem torácica, aumentando assim a abrangência do objetivo inicialmente definido (CHKS, 2010; Carneiro, 2012).

A elaboração da NOC sobre “Cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica” exigiu pesquisa bibliográfica e consulta de evidência científica sobre o tema. Reconheci como peritos na área a enfermeira chefe do SU, o elo de ligação da CCI no SU, o enfermeiro chefe do serviço de Pneumologia e Infeciologia e a enfermeira da CCI, tendo-lhes enviado a NOC para que pudessem analisá-la. Estudando as sugestões destes profissionais, procedi às devidas alterações, transformando a NOC em procedimento de enfermagem por indicação da CCI, tendo sido enviado o documento final para o conselho de administração, aguardando-se a aprovação do mesmo para a implementação e divulgação na instituição (Apêndice I). Além do procedimento, construí também uma grelha para auditoria das práticas (Apêndice II).

No sentido de aferir a motivação e necessidades de formação da equipa face ao tema, construí um questionário com duas questões abertas (Apêndice III). As estratégias utilizadas para a divulgação deste instrumento de recolha de dados passou pelo envio do documento por email para todos os enfermeiros do SU, pela colocação do mesmo no livro de ocorrências e pela abordagem direta dos colegas no preenchimento do questionário durante os turnos realizados no mês de maio. As etapas deste estudo e o tratamento de dados podem ser consultados no Apêndice IV.

Embora não exista estatística disponível relativamente a percentagem de elementos que participa nas formações, o enfermeiro responsável pela formação em serviço informou-me que esta é baixa, pelo que houve necessidade de planear várias sessões num horário que permitisse a presença dos enfermeiros que estavam tanto no turno da manhã, como os do turno da tarde.

Na preparação da sessão formativa, ao consultar o manual de instruções do dispositivo de DT da Atrium, achei que o mesmo não permitia esclarecer todas as necessidades enumeradas pela equipa, pelo que entrei em contacto com a responsável do laboratório pela distribuição deste sistema na instituição. Com o contato telefónico, surgiu a oportunidade de partilhar a dinamização das sessões de esclarecimento com esta profissional, ficando a seu cargo apenas explicação do funcionamento e manuseamento do sistema de drenagem Atrium Ocean, ocupando-me eu das restantes atividades pedagógicas conforme plano de sessão (Apêndice V). A dinamização conjunta da sessão foi uma mais-valia para o esclarecimento de dúvidas face à estrutura

interna e funcionamento do sistema, para muitas das quais a delegada não detinha resposta no momento, tendo sido as mesmas esclarecidas depois da representante do laboratório enviar via email com essas informações.

A avaliação da sessão foi feita através de um questionário de opinião; utilizei o questionário da instituição, mas introduzi dois itens: aplicabilidade do tema ao contexto da prática e motivação para a mudança na prática (Apêndice VI). O tratamento dos dados resultantes da avaliação da sessão foi realizado diariamente (Apêndice VII) e permitiu-me identificar se a sessão estava em conformidade com as necessidades da equipa e as metas traçadas, atualizando diariamente a apresentação da sessão neste sentido (Apêndice VIII).

Reconheço a importância de incluir vários elementos da equipa de enfermagem, principalmente a enfermeira chefe e enfermeira responsável pela formação em serviço, com quem partilhava com regularidade as diferentes etapas deste processo, mostrando-se sempre muito interessadas e críticas face ao trabalho desenvolvido, o que se constituiu como um motor indispensável para a reflexão e pesquisa mais aprofundada, tal como para a mobilização e participação ativa da equipa nas sessões (Santos, 2008). Toda a evidência científica consultada e material usado para a construção das sessões ficou no serviço para consulta dos profissionais.

A formação em serviço constitui-se como instrumento de reflexão e mudança, proporcionando a aquisição de competências para identificar, prevenir e eliminar potenciais problemas/desconfortos, promovendo o conforto da pessoa sob DT (Kolcaba, 1991; Castro, 2007).

As estratégias delineadas para atingir o segundo objetivo deste módulo de estágio concorreram para o desenvolvimento de várias competências das quais destaco: “Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”, “Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”, “Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização”, “Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização” e “Promove a formação em serviço na sua área de especialização” (UCP, 2011).

2.2. MÓDULO II: CUIDADOS INTENSIVOS

Este Módulo foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos, no período de 23 de Setembro de 2012 a 16 de Novembro de 2012, definindo como objetivo geral para este período: “Desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas, que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação de doença crítica”. A partir deste objetivo delineei 2 objetivos específicos, a saber, “Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoa e família em situação crítica” e “Promover o conforto da pessoa internada na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais”.

A forma como os enfermeiros organizam os cuidados prestados e os modelos escolhidos para a prestação de cuidados, refletem a filosofia e os pressupostos que orientam a sua ação (Magalhães, Juchem, 2000). Na UCI, o método de trabalho que impera é o método individual; o enfermeiro chefe de equipa distribui as pessoas internadas pelos diferentes enfermeiros, tendo em conta as suas competências. O cliente assume o foco principal dos cuidados e o plano de cuidados e as dificuldades encontradas pelo enfermeiro prestador de cuidados são discutidas com os restantes elementos da equipa (Llandaff, 1988; Kron, Gray, 1989; Pinheiro, 1994; Costa, 2004). Ao adotar este método na prática clínica, na perspetiva de melhorar a qualidade dos cuidados e na promoção do conforto, a prestação de cuidados fundamentados e o trabalho em equipa foram uma constante.

Levando em linha de conta que uma prática fundamentada permite identificar, prevenir e melhorar as respostas dos enfermeiros às necessidades da população em matéria de cuidados de saúde (Paiva e Silva, 2007), desde o primeiro turno, tive a preocupação de ir consultando estudos e diretrizes relevantes para a prática de cuidados com a pessoa em situação de doença crítica, confrontando-os com os protocolos e normas do serviço importantes para a prática diária. Esta atitude de sede de saber e fundamentar os cuidados contribuiu para várias reflexões em equipa sobre os protocolos utilizados na prática de cuidados, instigando a revisão de normas e protocolos e fomentando a investigação em serviço.

Aliando o pensamento crítico e experiência na prestação de cuidados à pessoa com diabetes, ao utilizar o protocolo existente no serviço para controlo dos níveis glicémicos, senti necessidade de consultar pesquisas recentes relativas à temática. Neste processo de pesquisa conversei com uma das endocrinologistas da instituição,

especialista na área da diabetes e uma das responsáveis pela construção do anterior protocolo; a mesma confirmou o resultado das pesquisas já realizadas de que o protocolo já não acompanha a recente evidência científica, havendo necessidade de construir um novo. Partilhando estas informações e os resultados da pesquisa com a equipa e o enfermeiro orientador, ficou presente a necessidade de elaborar um novo protocolo, que, à data da redação deste relatório, já está a ser desenvolvido. Deste modo, com a pesquisa e respetiva análise, foi possível abrir uma nova porta para o aprimorar das práticas e consciencialização da necessidade de uma atualização constante dos protocolos do serviço, evidenciando o desenvolvimento das seguintes competências: “Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;”, “Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”, “Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”, “Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização”, “Promove o desenvolvimento profissional e pessoal dos outros enfermeiros” e “Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional” (UCP, 2011).

A comunicação assume-se, segundo Phauneuf (2005), como o principal meio para favorecer a interação entre a equipa de enfermagem, pessoa em situação de doença crítica e familiares. Reconhecendo esta importância, procurei investir na área da comunicação, sendo que o maior desafio prendeu-se com a capacidade de adaptação às especificidades de cada situação e ao uso de estratégias direcionadas para a mesma. No processo relacional, reconhecer informações significativas e interpretar o significado do que é observado, principalmente em doentes sob entubação orotraqueal, não foi um desafio; o recurso à mímica fácil, sinais, gestos e leitura de lábios foram as ferramentas que se revelaram vantajosas neste processo (Rosário, 2009; Grossbach, Stranberg, Chlan, 2011; Happ, M. et al, 2011).

Por exemplo, na prestação de cuidados a um cliente consciente sob ventilação invasiva que estava a ficar descompensado do ponto de vista hemodinâmico devido a agitação e ansiedade, as minhas intervenções centraram-se na disponibilidade e compreensão, na escuta ativa para tentar entender as emoções, presença e toque terapêutico. Ao aproximar-me da pessoa, procurei perceber qual a causa da sua preocupação e o porquê da sua agitação, apontando para o tubo e perna e respondendo

afirmativamente à pergunta “Tem dor?”, com a cabeça. Feito o diagnóstico de comprometimento do conforto, com o intuito de diminuir a sua ansiedade e promover o seu conforto, integrei-o no processo de cuidados, explicando-lhe todos os procedimentos e cuidados e validando o seu consentimento face aos mesmos; por exemplo, “Posso aspirar através do tubo para respirar melhor?”, “Está confortável nesta posição?”. Usando da compreensão empática tentei demonstrar compreensão pela sua situação: “Eu sei que esta situação é desconfortável, mas até os seus pulmões estarem bem, precisa de ter este tubo. Assim que estiver melhor, retiramos o tubo!”. Depois destes minutos junto do cliente e de massajado e posicionado, o senhor acabou por descansar por períodos, melhorando do ponto de vista hemodinâmico, o que nos permite atestar para o sucesso das medidas de conforto utilizadas (Saraiva, Martinho, 2011).

No que concerne à relação com os familiares, a experiência adquirida com o estágio permite-me corroborar com a literatura quando a mesma considera imprescindível informar, orientar, envolver e acompanhar a família durante todo o internamento, sendo notórias as vantagens na redução do stress, angústia e sofrimento dos familiares, tal como na recuperação e promoção do conforto do cliente e família (Bettinelli, Erdmann, 2009; Freitas, Mussi, Menezes, 2012). Contemplando o reconhecimento da individualidade do paciente e sua família e a relevância da humanização dos cuidados na UCI, considerei sempre o cliente e família como a essência do processo de cuidar, procurando que a construção do meu plano de cuidados fosse baseada nas necessidades identificadas (Kolcaba, 1992; Watson, 2002). No contacto com os familiares procurei sustentar a minha intervenção no Modelo da Relação de Ajuda de Chalifour (1989), conciliando-o com técnicas de escuta ativa e silêncio; entender os valores, experiências, as emoções, estar junto, ouvir com compaixão, mesmo no silêncio, na agressividade, na tristeza, na revolta ou na alegria eram alguns dos meus objetivos.

Numa das primeiras visitas da esposa do cliente anteriormente referido, ao aperceber-me do seu ar de pânico e inquietação, adotei uma das atitudes facilitadoras do modelo de Chalifour, o respeito caloroso, “Compreendo que não deve ser fácil ver o seu marido assim, ele era tão jovem e ativo”, dei o mote para que a familiar expressasse os seus medos e fazendo uso da autenticidade, através da expressão facial, olhar atento e acenos com a cabeça, procurei mostrar interesse. Empregando novamente o respeito caloroso, identifiquei os seus recursos internos para lidar com a situação; “ Vejo que gosta muito dele e talvez por isso esta situação a esteja a deixar triste, mas se lhe der a mão e conversar com ele, talvez fique mais calmo”; conseguindo, dessa forma,

desenvolver a interação entre os dois e quebrar assim alguns dos receios que tinha em tocar-lhe e comunicar com o mesmo, enquanto esteve sob ventilação invasiva (Jacobowski et al, 2010).

A comunicação estabelecida entre o casal contribuiu para acalmar o cliente, reduzir a ansiedade sentida sempre que o visitava e promover a interação entre os dois (Jacobowski et al, 2010; Saraiva, Martinho, 2011). Os episódios relatados contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências: “Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (UCP, 2011).

Uma das situações mais marcantes do estágio foi respeitante à preparação da família e cliente para a doação de órgãos. A possibilidade de participar na reunião entre o médico e familiares, permitiu-me perceber quais as suas maiores preocupações, medos e dúvidas e intervir nesse sentido. Inicialmente, o médico que liderava a reunião não me permitiu intervir, mas após a sua saída, usando da autenticidade e escuta ativa, através do silêncio, da expressão facial, olhar atento, acenos com a cabeça, procurei mostrar interesse e criar condições para que a família pudesse colocar questões e partilhar todas as dúvidas, receios e medos contidos na presença do médico. Perante o silêncio e olhares ávidos de respostas, através da compreensão empática e o respeito caloroso, procurei ir de encontro às necessidades identificadas: “Compreendo que não deva ser fácil tomar esta decisão, mas só vocês poderão fazê-lo; se consentirem doar os órgãos, não se preocupem que o corpo não vai ficar desfigurado e poderá ter um funeral normal” (Chalifour, 1989). Na minha opinião, o essencial não era obter autorização para a doação de órgãos, na medida em que, por lei, todo e qualquer cidadão é doador de órgãos, salvo tenha deixado indicação escrita do contrário, mas numa continuidade de respeito ético e de humanização dos cuidados, o importante seria informar e esclarecer os familiares, no sentido de facilitar uma vivência saudável do luto (Lima, Simões, 2007; Pereira, 2008).

Quando o médico reentrou, com uma postura mais tranquila, procurando o meu olhar, eles assentiram que o seu familiar fosse tratado como potencial doador de órgãos.

A pessoa já em morte cerebral estava noutra serviço; ao regressar à UCI encontramos os familiares à porta da unidade e considerando que numa situação como esta de choque, em que a família experimenta sentimentos de negação e dúvida face à

morte, antes de reentrarmos na unidade, transmiti à família que assim que fosse possível viríamos buscá-los para verem o seu familiar. Quando a pessoa já em morte cerebral se encontrava mais estável, fui buscar os familiares que queriam despedir-se do cliente e, antes de entrarem, descrevi o cenário que iam encontrar de forma a prepará-los para um possível choque (Lima, Simões, 2007). Tycross (2001) defende que o processo da comunicação de más notícias provoca habitualmente perturbações, tanto à pessoa que recebe como à pessoa que as dá, mas cria a oportunidade para o apoio mútuo.

Consciente da necessidade de gerir os meus sentimentos face à situação e de assistir a família neste momento difícil, acompanhei-os junto do seu familiar, permanecendo em silêncio até ao momento em que decidiram sair da unidade. No sentido de incentivar a presença junto do seu familiar por forma a partilhar os seus sentimentos, medos e dúvidas, o silêncio, a presença discreta, afetiva e efetiva foram as estratégias que no momento encontrei para promover a despedida, o que autores como Rodrigues (2006) e Carvalho (2007) consideram como um meio para fomentar um luto eficaz e saudável, reformulando laços de afeto com a pessoa que se perdeu.

Baseando-me na quinta etapa do protocolo de más notícias de Buckman (1992) - responder às emoções e às perguntas -, antes de os familiares saírem da unidade e percebendo que a filha tinha algo mais para perguntar, disponibilizei-me, mais uma vez, para responder a qualquer questão que surgisse. Nesse momento, pela terceira vez, a filha perguntou “Ele está mesmo morto?”. Recorrendo imediatividade, “Acredito que esta situação não seja fácil e que viu muitas pessoas a cuidar dele, mas ele está em morte cerebral, ou seja, o seu coração só está a funcionar devido aos medicamentos que estamos a dar e a respiração é forçada pela máquina”. Finalizada a explicação, mantive-me em silêncio até que a filha se voltou para os restantes familiares e disse “Não há mesmo mais nada a fazer, está morto” (Chalifour, 1989). No processo de comunicação de más notícias defende-se a necessidade de repetir a informação mais que uma vez (Cólon, 1995).

Centrando-me nos resultados da revisão integrativa, o medo, ansiedade e angústia permitiram-me identificar o diagnóstico de conforto comprometido. Toda a intervenção descrita teve como principal intuito promover o conforto daquela família e, pese embora tenha ficado a dor da perda de um ente querido, parece-me que alcançaram um estado de alívio e tranquilidade, nos contextos físico, psicoespiritual e social; a comunicação estabelecida concorreu para o esclarecimento das dúvidas, diminuição do medo,

angústia e ansiedade, ajudando o processo de tomada de decisão, dissolvendo as tensões entre os familiares e facilitando a integração da perda.

Posteriormente, refletindo e analisando a situação vivida com o médico no momento da reunião com os familiares, intui a necessidade de encontrar estratégias efetivas para gerir o conflito relacional, uma vez que, quando o conflito se arrasta inviabiliza que o trabalho em equipa produza resultados satisfatórios (Riley, 2004). Fazendo uso da minha experiência pessoal e profissional, de conteúdos resultantes da pesquisa bibliográfica e consciente de que o tipo e qualidade da comunicação que se estabelece influencia diretamente o sucesso de todo o relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, a prestação de cuidados, escolhi como estratégia para gerir este conflito a comunicação assertiva (Amaro e Jesus, 2005; Santos, 2008). Amaro (2007) salienta que o comportamento comunicacional predominantemente assertivo parece ser aquele que facilita e promove as relações interpessoais adequadas e mais eficazes, facilitando assim o processo de cuidar em enfermagem e minimizando os conflitos interpessoais que poderão ocorrer.

Considero que a postura interventiva, assertiva, diferenciada e fundamentada que fui adotando nas reuniões médicas diárias e em todos os contactos profissionais com este médico, concorreram não para a resolução completa do conflito, mas para a gestão do mesmo, facilitando o processo de comunicação interpessoal (Santos, 2008). Este comportamento exigiu que trabalhasse a minha confiança individual, assertividade, conhecimentos técnicos e científicos e capacidade para aceitar o erro. A aceitação e fluidez na comunicação com a equipa de saúde e, principalmente, com este médico contribuiu para aumentar a minha motivação, empenho, criatividade, despoletando um sentimento de parte integrante de um todo que é a equipa de saúde. Todo este episódio permitiu-me desenvolver competências inerentes ao EEMC, tais como “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na sua área de especialização;” “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização”; “Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”; “Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente” e “Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização” (UCP, 2011).

Para a aquisição de uma identidade de enfermeiro especialista era necessário enfrentar novos e complexos desafios. Dominar o ambiente, rotinas e dinâmica da UCI era obrigatório, mas conseguir atuar fora da minha área de conforto, desempenhar um papel ativo nesses cuidados, gerir sentimentos e limitações inerentes à gestão do imprevisto e liderança seriam uma mais-valia (Vieira, 2007). Neste sentido, considerando o fato do enfermeiro orientador ser um dos elementos que integra a EEMI e consciente da especificidade dessa equipa e da oportunidade que a mesma tem para o desenvolvimento das competências supramencionadas, realizei cerca de 9 turnos de EEMI.

Durante estes turnos foram várias as situações que careceram da nossa intervenção; na minha primeira experiência nesta equipa, logo nos primeiros turnos de estágio, fomos ativados para a unidade de cuidados pós-anestésicos [UCPA], acabando por permanecer nesse local durante toda a noite. Sendo um ambiente totalmente estranho, no qual não estava à vontade, inicialmente limitei-me a fazer registos, auxiliar o médico em procedimentos que já dominava, terminando o turno mais autónoma face aos cuidados exigidos, mais integrada na dinâmica da equipa de EEMI e com maior facilidade em interagir com a equipa local. Em subsequentes saídas da equipa EEMI, considero que consegui gerir as situações de forma mais rápida e eficiente. Através de uma postura calma, serena, flexível, dinâmica, reflexiva e aprendendo a correr riscos, nas duas últimas intervenções, usando uma atitude de liderança focada mais nas relações do que nas tarefas, fui orientando a equipa local para que conseguissem colaborar com a equipa EEMI (Santos, Castro, 2008).

Na minha prática diária não utilizo um estilo específico de liderança, considerando que o comportamento mais apropriado para um líder depende das situações ou circunstâncias concretas em que o líder se encontra (Teixeira, 1998). Relativamente às intervenções com a EEMI, os últimos locais onde intervimos são serviços onde já trabalhei e/ou conheço a maior parte dos elementos da equipa, reconhecendo-me os mesmos competências técnicas e relacionais, o que facilitou a interação com a equipa e a liderança da mesma (Marquis, Huston, 2005).

Gerir o imprevisto e liderar centrou-se numa adaptação progressiva a um mundo em constante mudança, utilizando conhecimentos de experiências anteriores face à dinâmica dos serviços, demonstrando assim traços de enfermeira perita na área (Benner, 2001).

Findando a descrição das atividades referentes ao primeiro objetivo específico, vamos abordar o segundo: “Promover o conforto da pessoa internada na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais”.

Nos primeiros turnos realizados no período da noite na UCI, observei que o ambiente era muito ruidoso, a luminosidade era intensa e a prestação de cuidados frequente despertava os clientes que não se encontravam sobre sedação. De acordo com a evidência científica consultada sobre a temática do sono e repouso, concluí que a maior parte dos clientes internados sofrem de perturbações do seu padrão de sono e que as UCI parecem ser as que mais privam os clientes de um sono e descanso de qualidade, devido ao ambiente que caracteriza esse mesmo serviço (Krachman et al, 1995; Honkus, 2003; Nicolas et al, 2008; Lei et al, 2009; Yava et al, 2011 Tastan et al, 2010).

Conciliando estes dados com a principal missão da UCI [proporcionar cuidados adequados de acordo com o estado da arte – (Ribeiro, Martinez, 2011)], com as consequências que advêm da perturbação do padrão do sono [aumento da morbilidade e atraso na reabilitação - (Li et al, 2011)], com os princípios éticos e jurídicos da profissão (Artigo 64º da Constituição da Republica Portuguesa [CRP] atenta para o direito à proteção da saúde e o dever que todos têm de a promover e defender e por exemplo, o artigo 83º e o artigo 85º do nosso código deontológico, respetivamente, defende o direito ao cuidado de enfermagem, sendo o cuidado inerente ao conforto e ainda a excelência do exercício, que privilegia uma prática baseada na evidência), com as competências específicas do enfermeiro especialista (Ordem dos enfermeiros, 2010) e com o fato de que o padrão de sono comprometido constitui uma característica definidora do diagnóstico de conforto comprometido (NANDA, 2012), defini como foco de atenção a promoção do conforto do cliente internado na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais externos.

Sabendo que o sucesso e continuidade do projeto estão relacionados com a mudança de comportamentos e que o mesmo só será possível se houver envolvimento de toda equipa multidisciplinar, elaborei um questionário a aplicar a toda a equipa de saúde onde procurei compreender qual é a perceção que a equipa de saúde da UCI tem acerca do sono e o repouso do cliente internado (Apêndice IX). As questões relativas à amostra, instrumento de recolha de dados e análise dos mesmos, podem ser consultados no Apêndice X.

Esperando obter autorização para a realização do estudo, foi enviada uma carta ao Conselho de Administração e à direção de enfermagem, contendo informações referentes aos objetivos do mesmo, participantes e recursos necessários (Apêndice XI). Até à data da redação deste relatório, não recebi resposta formal com essa autorização, mas informalmente a enfermeira chefe e coordenadora médica autorizaram a aplicação do questionário e a divulgação dos dados à equipa de saúde.

Tendo em conta a meta traçada, era imprescindível organizar uma sessão informativa e reflexiva com toda a equipa de saúde; o plano de sessão, depois de construído, foi discutido com a enfermeira chefe, enfermeiro orientador e tutora da escola (Apêndice XII). Socorrendo-me do enfermeiro responsável da formação em serviço para perceber qual seria a melhor estratégia para atrair o maior número de participantes à sessão, decidimos realizar duas sessões em dias consecutivos, no período que antecedia a passagem de turno da manhã para a tarde. O total de participantes nas duas sessões correspondeu a 60% da amostra inquirida.

Segunda a literatura consultada, o ruído é um dos principais fatores da perturbação do sono e repouso na UCI, sendo que 51% desse ruído pode ser modificável e 55% é referente ao ruído provocado pelos profissionais de saúde (Tastan et al, 2010).

Da análise dos questionários a maior parte dos inquiridos também considerou o ruído como uma das principais causas da perturbação do sono dos clientes internados. No sentido de sensibilizar a equipa para a importância de adotar estratégias que diminuam o ruído ambiental, procurei que uma entidade creditada fizesse a avaliação do ruído na UCI, recebendo inicialmente uma resposta positiva por parte do Instituto da Soldadura e Qualidade [ISQ] (Apêndice XIII). Como até à semana anterior à formação o ISQ ainda não tinha agendado data para realização desta medição, para fins meramente indicativos, recorremos à aplicação da Apple Dbmeter pro, por intermédio de um iPhone 4s, para avaliação do ruído durante o período noturno.

Estando consciente que a enfermagem enquanto ciência evolui com a valorização das intervenções autónomas que derivam de prescrições e implementação das mesmas e que uma das formas de as avaliar é através dos diagnósticos de enfermagem, centrando-me na linguagem utilizada na classificação internacional para a prática de enfermagem [CIPE], utilizada no sistema de apoio à prática de enfermagem [SAPE], debrucei-me sobre o foco sono, como um padrão alterado e intervenções associadas (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003). Não estando a parametrização do SAPE coincidente com a evidência científica consultada, emergiu a necessidade de proceder a

alterações na mesma. Neste sentido, reuni com uma das enfermeiras pertencente ao grupo de parametrização do programa, analisámos a viabilidade da proposta e depois de definir as intervenções de enfermagem a introduzir no SAPE e de discutir com a equipa de enfermagem da UCI, enviei-as ao grupo, estando o processo de alteração à parametrização do SAPE referente ao foco sono já a aguardar aprovação.

Durante as fases de levantamento de necessidades, planeamento e implementação do projeto penso ter demonstrado características de líder e de gestão do imprevisto. O líder incita as pessoas à mudança (Vieira, 2007). Como agente de mudança e tendo presente que a mesma só será possível com o envolvimento de toda a equipa de saúde no projeto e que este deve ser o espelho das necessidades da equipa, tentei envolver toda a equipa adotando uma postura instigadora de reflexões. Da reflexão e discussão conjunta durante a sessão, emergiram um conjunto de atividades a colocar em prática para promover o conforto do cliente internado pelo aumento do período de sono não interrompido. O “protocolo de silêncio” foi sugerido pela enfermeira chefe e pela médica coordenadora da UCI como um projeto a incluir no plano de ação do próximo ano, pelo que, numa convergência entre a evidência científica consultada e a investigação feita na prática, construí um protocolo e um documento que possibilitasse fazer a auditoria do mesmo, o qual foi entregue aos responsáveis do serviço (Apêndice XIV e XV). No final da sessão foi distribuído o questionário de avaliação da sessão (igual ao aplicado na sessão dinamizada no SU), onde 29% e 71% consideraram a sessão muito boa e totalmente aplicável à prática, respetivamente (Apêndice XVI).

Com este projeto foi possível desenvolver, entre outras, as seguintes competências: “Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”; “Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”; “Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar” e “Promove a formação em serviço na sua área de especialização” (UCP, 2011).

Procurando desenvolver competências na área da comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, participei no 4º congresso internacional dos hospitais, que após submissão de resumo (apêndice XVII), culminou com a apresentação e discussão de um poster intitulado “O sono dos clientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos”, que foi o resultado de uma revisão da literatura (Apêndice XVIII; Anexo I).

Sendo a temática central o conforto, como forma de enriquecer a prática participei no workshop “O dever de confortar em enfermagem”, realizado na UCP (Anexo II).

2.3. MÓDULO III: CUIDADOS PALIATIVOS (MÓDULO OPCIONAL)

Este Módulo foi desenvolvido na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, no período de 12 de Novembro de 2012 a 18 de Janeiro de 2013, sendo a principal meta traçada: “Desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas, que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação paliativa”. Como objetivos específicos pretendia “Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação paliativa” e “Promover o conforto dos clientes internados, com critérios para prestação de cuidados pela EIHSCP, pelo criação e formação de um núcleo de elementos dinamizadores ou elos de ligação nos serviços de internamento”.

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, sendo indispensável para uma assistência de qualidade que toda a equipa se envolva e delinieie estratégias adequadas ao problema a abordar e que as mesmas incluam a pessoa e família/cuidadores (Guarda, Galvão, Gonçalves, 2006). Adotando o método de trabalho em equipa, um ambiente informal e relaxado propício à partilha e debate de ideias e opiniões, onde se entendem os desacordos como oportunidade para a reflexão e a melhoria da prática, os membros da equipa demonstram satisfação pelo trabalho diário e pelas relações grupais, assim como os clientes assistidos (Pinheiro, 1994; Teixeira, 1998).

Sabendo que o desenvolvimento da equipas é indispensável para a prestação de cuidados de qualidade, durante o período de estágio tive sempre presente a importância da reflexão crítica na e sobre a prática, da atualização dos saberes e da promoção de uma prática fundamentada. Contribuí para o desenvolvimento da EIHSCP através da fundamentação do relatório referente às ações desenvolvidas pela equipa no ano de 2012 e na construção do plano de ação para 2013.

Considerando o primeiro objetivo específico: “Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em situação paliativa”, fundamentar os cuidados prestados era imprescindível, tendo sido uma constante em todo o estágio (Paiva e

Silva, 2007). Conhecer os protocolos e normas do serviço, confrontá-los com a evidência consultada e mobilizá-los na prática foi uma das atividades inicialmente programadas, o que se revelou importante para a prestação de cuidados em equipa, para a identificação da necessidade de redação de um regulamento interno da equipa e atualização dos protocolos existentes.

Para colmatar a falta de um regulamento interno, disponibilizei-me para o redigir, usando os dados existentes no plano da ação do ano 2012, as orientações da APCP (2006b) e a consulta dos regulamentos de outras EIHSCP existentes em Portugal. No decorrer do estágio tive a oportunidade de discutir o documento com toda a equipa, estando no término do mesmo a aguardar a revisão por parte da enfermeira chefe e envio para o conselho de administração (Apêndice XIX).

Durante o estágio, fui constatando que os principais problemas apresentados pelos clients são de origem sintomática e que não é possível intervir nos restantes domínios do cuidado se estes não estiveram suficientemente controlados. (Costa, Antunes, 2012). As pessoas em situação de doença paliativa têm frequentemente múltiplos sintomas coexistentes, cuja abordagem pode ser diferente do preconizado para pessoas com outras patologias; foi fundamental para formular estratégias terapêuticas adequadas uma avaliação multidimensional baseada numa consulta do atual estado da arte relativo ao controlo sintomático em cuidados paliativos [CP].

Uma vez sediada no hospital de dia de oncologia e considerando a sua recente formação da EIHSCP, alguns dos protocolos utilizados pela equipa são comuns ao hospital de dia de oncologia, havendo necessidade de construir protocolos específicos para o contexto dos cuidados paliativos, principalmente no que concerne ao controlo sintomático. Considerando o reduzido tempo de estágio e os objetivos delineados, foi impossível construir novos e atualizados protocolos, pelo que, disponibilizei os dados da evidência científica consultada para que a aluna de 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem em estágio pudesse desenvolver esse projeto, fortalecendo, deste modo, as competências referentes a: participação e promoção da investigação em serviço na área de especialização; promoção do desenvolvimento profissional e pessoal dos outros enfermeiros; capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência (UCP, 2011).

Sabendo que o processo de assistência é individual e que o sucesso do mesmo resulta de uma parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e a pessoa em

situação de doença e família, é indispensável avaliar e registar o resultado das intervenções desenvolvidas (Kolcaba, 2003; Costa, Antunes, 2012). Recorrendo à pesquisa sobre a temática de escalas de avaliação sintomática em cuidados paliativos, constatei que a escala de Edmonton, validada para Portugal, foi alvo de vários estudos de investigação que atestaram a sua maior valia na prática clínica, pois permite delinear intervenções específicas e individualizadas e avaliar mais eficazmente aquelas realizadas, bem como a evolução da própria doença (Bernardo, 2006; Davison, Jhangri, Johnson, 2006; Paiva et al, 2008; Richardson, Jones, 2009).

Considerando que a avaliação sintomática é um dos principais enfoques dos CP e de que a mesma tem que estar sempre presente no documento de referência preenchido na plataforma da RNCCI, ao deparar-me com a ausência de um instrumento que possibilitasse registar de forma exata a intensidade das queixas da pessoa e avaliar a eficácia das intervenções planeadas, construí uma folha para registo do controlo sintomático baseada na escala de Edmonton que a equipa aprovou e pretende ver instituída no decorrer deste ano (Apêndice XX). Assim, fui desenvolvendo as seguintes competências: “Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; “Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”; “Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”; “Reflete na e sobre a prática de forma crítica” (UCP, 2011).

Inerente ao controlo sintomático, emergiu a necessidade de trabalhar a temática da adesão terapêutica. Considerando que a não adesão é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, pelo aumento de complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde, aumento da morbilidade e mortalidade e, conseqüentemente, prejuízo na qualidade de vida da pessoa e família em situação paliativa, era urgente investigar estratégias que permitissem promover ou aumentar a adesão terapêutica. O enfermeiro surge como um importante agente facilitador da adaptação da pessoa/família à sua condição de saúde, pelo que dominar estratégias que permitam fomentar ou aumentar a adesão terapêutica é essencial para uma prática especializada e promotora do bem-estar e qualidade de vida (World Health Organization, 2007).

Recorrendo à pesquisa científica face ao tema e à criatividade assente nas especificidades dos clientes e famílias, adotei estratégias baseadas no desenho simples,

no uso de cores, formas e calendários, entre outras. O recurso à validação da informação esteve sempre presente e sempre que se reconhecia dificuldade face à adesão terapêutica, agendava um contato telefónico para avaliar a eficácia das ações estabelecidas (Bergel, Gouveia; 2005; Branco, Lisboa; 2010; Veludo, Pontifice-Sousa, 2013).

Como forma de representar o acima exposto, usarei um excerto de uma situação experienciada no decorrer do estágio. Recorre ao serviço o Senhor D. em situação de doença paliativa, para realizar uma transfusão de sangue. Enquanto acomodava a pessoa, procurando promover o seu conforto no contexto físico e ambiental e tratava das diligências inerentes à transfusão, no diálogo com o cliente e família, percebi que este tinha dores intensas que o impossibilitavam de dormir e que o esquema terapêutico prescrito não estava a ser cumprido. Reunindo num espaço mais privado com o filho, este acabou por confirmar o descontrolo sintomático, associado à dificuldade na adesão terapêutica demonstrada pela pessoa doente e seu principal cuidador que, já idosos, não sabiam ler. Discutindo todos estes dados em equipa, sugeri a alteração do plano terapêutico, privilegiando a terapêutica transdérmica. Tentando promover a adesão ao novo esquema terapêutico, expliquei ao filho e à esposa do cliente o novo receituário; para a esposa arranjei um calendário, colocando uns círculos a volta do dia da mudança do adesivo, nas caixas da medicação fiz símbolos como SOS e o número de vezes que poderia administrar, um sol que significava pequeno-almoço, um garfo que significava antes das refeições e uma lua com a indicação de ser tomado a noite. No final do tratamento, já passadas 2h da explicação inicial, tive a preocupação de validar se a informação transmitida tinha sido captada: “Agora gostaria que fosse a Sr^a a explicar como é que vai administrar todos os medicamentos que tem aqui, para termos a certeza que fui clara no que disse.” A pessoa em situação de doença também foi informada do seu novo receituário, disponibilizando-me para o esclarecimento de subseqüentes dúvidas através do número de contato presente na folha da terapêutica.

A adesão terapêutica constituiu-se como o principal foco de interesse nesta situação, uma vez que, como consequência desta, o cliente e família evidenciavam sinais clínicos de conforto comprometido, nomeadamente, dor, fadiga e perturbação do padrão do sono. Penso que os subseqüentes encontros e o estabelecimento de uma relação terapêutica num continuum permitiria avaliar a eficácia das estratégias utilizadas para a promoção do conforto pela adesão terapêutica.

Este excerto permite-me elucidar o desenvolvimento das competências: “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização”; “Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”; “Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização”; “Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” (UCP, 2011).

A comunicação interpessoal é fundamental para o relacionamento humano e revela-se essencial nos cuidados de enfermagem, em particular em CP, possibilitando que a pessoa compartilhe medos, dúvidas e sofrimento. Comunicar eficazmente no contexto dos CP é simultaneamente importante e difícil, mas ao desenvolver uma comunicação adequada, alicerça-se uma relação de confiança, propícia ao estabelecimento de conforto e redução da ansiedade na pessoa com quem se prestam cuidados especializados (Querido, Salazar, Neto, 2006; Pereira, 2008). Ao longo dos estágios pude constatar que a comunicação é um processo dinâmico que não se rege por padrões pré-estabelecidos e que o desenvolvimento de competências na área da comunicação está inerente ao treino das mesmas e ao princípio da unicidade de cada ser e família. Intrínseco ao processo de comunicação está o aperfeiçoamento da competência da relação de ajuda, o qual procurei fazer usando o Modelo da Relação de Ajuda em Enfermagem de Chalifour (1989). Tal como a comunicação, num contexto profissional, a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, onde ambos os intervenientes contribuem para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda (Chalifour, 1989).

Na prestação diária de cuidados de enfermagem, verifico que o sofrimento afeta as pessoas em toda a sua complexidade e que só no momento em que o sofrimento físico está controlado é que podemos intervir nas restantes dimensões do sofrimento (Peres et al, 2007). Para além das medidas farmacológicas, hoje mais utilizadas pela rapidez de ação, o recurso à esperança e espiritualidade podem ser muito úteis tanto no controlo sintomático, como nas restantes dimensões do sofrimento, permitindo um fim de vida mais sereno e a obtenção de um estado de transcendência (Kolcaba, 1991; Querido, 2005). Fazendo recurso à esperança e espiritualidade enquanto ferramenta terapêutica e

assumindo-os como fundamentais numa perspectiva de compreensão empática, na promoção do conforto e na melhoria dos cuidados, aliei-as à observação, atenção, vontade de escutar e aceitação procurando estimular, preservar ou reconstruir o sentido da vida da pessoa e família em situação paliativa, através da identificação das principais alterações de conforto, desejos e definição de objetivos realistas para a fase final de vida (Kolcaba, 1994; Querido, 2005; Peres et al, 2007; Kandasamy, Chaturvedi e Desai, 2011).

Manuseando os recursos existentes tanto a nível hospitalar como na comunidade, procurei fornecer as condições necessárias para a satisfação das necessidades neste momento de fim de vida. Embora seja difícil avaliar a eficácia das ações desenvolvidas, as expressões verbais e não-verbais de tranquilidade dos doentes e famílias em fase terminal ou na fase de luto, com quem foram trabalhadas as questões do medo da morte, do sentido da vida e da resolução das pendências, permitem-me acreditar que o trabalho desenvolvido foi útil.

Recorrendo à descrição de uma situação vivenciada no serviço onde trabalho, espero conseguir fazer prova do descrito: Senhora de 41 anos fica internada por uma dor com uma evolução de 2 meses, culminando no estado atual de plégia dos membros inferiores, sendo-lhe feito o diagnóstico médico de uma neoplasia maligna da mama com metástases ósseas.

Irritada com a dependência de terceiros, chorosa e apelativa face à origem do problema, percebendo que o enfermeiro responsável não a podia assistir, considerei ser imperativo ético e moral usar das competências e conhecimentos já adquiridos, prontificando-me a fazê-lo. Sendo este o primeiro contato com a cliente, a escolha das estratégias utilizadas no processo comunicacional poderiam comprometer o sucesso da relação terapêutica; as ferramentas usadas são inerentes à comunicação não-verbal e verbal, como a postura e movimentos corporais (estar perto, não cruzar braços e pernas), o contacto visual, expressão facial, tom de voz (tranquilo e com um tom baixo), respiração, toque, compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade e imediaticidade (Chalifour, 1989).

Aproveitando o momento dos cuidados de higiene para manifestar que havia interesse em compreender a sua situação de vida e de doença atual através da questão “Como estão as coisas?”, além de promover a aproximação, permitiu-me perceber, através do seu não-verbal, que a senhora se encontrava angustiada, com medo e,

fazendo recurso ao diálogo, que estaria na fase que Kubler Ross considerou a fase de negação (Twycross, 2001).

Considereei que seria importante intervir no sentido de a ajudar a encarar a doença e superar esta fase. Recorrendo às etapas do protocolo de comunicação de más notícias de Buckman (1992), iniciámos um exercício reflexivo de análise de todos os fatos. O diálogo inicial centrou-se em questões como “O que é que a médica lhe disse?”, “Como é que está a sua mama esquerda?”, havendo necessidade de repeti-las várias vezes, para que pudesse orientar as suas reflexões e a resposta interna às questões colocadas. Permanecendo em silêncio, ao fim de algum tempo respondeu: “A Dr^a disse que provavelmente tinha cancro na mama”. Na tentativa de se convencer de erro médico no diagnóstico de cancro, focava-se nas palavras do médico consultado antes do internamento “Este nódulo que tem é benigno”. Usando a escuta ativa fui acenando com a cabeça, procurei não a interromper quando falava, respeitei os momentos de silêncio e usei o toque e contato visual. Quando o momento de silêncio já era longo e os olhos da doente não se afastavam dos meus como que a pedir uma resposta, com base no respeito caloroso, uma das atitudes ativas do modelo de Chalifour (1989), disse-lhe; “Vejo que é uma mulher jovem, bonita que sempre foi saudável, pelo que é difícil acreditar ou supor que este diagnóstico possa ser verdade, mas lembre-se que a médica só lhe disse isto depois de ter passado a semana toda a fazer exames e que ela tem muita experiência na área”. Apertando a minha mão a doente repetia: “Ela disse que eu podia ter, não me deu a certeza. Vou rezar para que estejam todos enganados. Tenho que me por boa para ir dar aulas se não os miúdos ficam com a matéria atrasada”.

Ao mesmo tempo, colocava questões retóricas relacionadas com a origem do problema, acabando por dirigir questões relacionadas com possíveis tratamentos, caso se confirmasse o diagnóstico. Percebendo que naquele momento ainda não estava preparada para assumir a verdade e que a esperança num erro era importante para poder reorganizar o seu eu e a sua vida, aconselhei-a a falar com os seus médicos, saber que dados tinham utilizado para suspeitar daquele diagnóstico, mostrando-me disponível para conversar quando sentisse essa necessidade. Embora tenha ficado mais triste e chorosa, de acordo com Phaneuf (2005), a verdade deve ser dada a conhecer ao doente, mesmo que seja de forma progressiva, omitindo alguns aspetos menos bons, permitindo que o doente se adapte às implicações da doença.

Durante os dias seguintes, sempre que estava de serviço, ia cumprimentá-la, procurando saber como se sentia. A senhora foi progressivamente disponibilizando fatos

relevantes da sua história de vida, inconfessáveis segredos, medos e dúvidas, ao mesmo tempo que eu ia satisfazendo pequenos desejos.

Após a conversa inicial, aquando do contato com os médicos, evitou sempre o assunto, respondendo-me à pergunta diária de “Como se sente hoje?”, “Hoje a Dr^a estava de saída de banco, passou aqui a correr para ver se estava melhor das dores.”, “Hoje nem os vi, quando cheguei do Rx já não estavam cá”, “Estava a dormir quando passaram a visita”. A doente sabia claramente que precisava de uma resposta, mas naquele momento preferia não obter a confirmação do diagnóstico. Ao fim de uma semana, quando no momento da transferência para a cadeira de rodas e depois das conversas banais, recorrendo à especificidade, perguntei-lhe: “Do que é que tem medo?”. Olhando-me com os olhos inundados respondeu-me “de não ter mais tempo para viver”. Este foi o ponto de partida para o início da fase de aceitação. Contou-me que durante a vida tinha dedicado a maior parte do tempo à sua vida profissional, que o pai e irmão tinham falecido com doença oncológica e que tinha medo de passar pelo mesmo. Identificando o sofrimento individual no centro do stress espiritual de morrer, considerei importante encará-lo e perceber o porquê da fuga e do medo do diagnóstico.

Peres et al. (2007) defende que é importante avaliar o stress espiritual de morrer para que se possa entender mais profundamente o sofrimento e que este profundo e indiscriminado sofrimento pode ser considerado como um motor para a reconstituição do seu ser e dos seus projetos de vida.

Examinando a taxonomia da esperança construída por Dufault e Martocchio na dona C. é identificada a esfera generalizada, quando a doente centra o medo do diagnóstico e atribui a motivação geral para continuar a viver a um futuro repleto de vivências ainda não experimentadas (Magão, 2000). Recorrendo à vontade de viver e de aproveitar tudo o que tinha conquistado até a data, admitindo isto como o seu objeto de esperança, através da imediaticidade “É normal que prefira esquecer este assunto, mas já pensou que se estiverem confirmadas as suspeitas, quanto mais tarde começar os tratamentos pior será o prognóstico?”. Não recebi qualquer resposta e respeitando o seu silêncio, permaneci na sua unidade, deixando-a sozinha passados alguns minutos. No próprio dia falou com o médico que lhe confirmou o diagnóstico e a elucidou fase ao plano terapêutico. Quando no final do turno voltei ao quarto, chorando-me, disse “E agora? O que faço? Coitada da minha mãe, ela já perdeu um filho com cancro, não quero que pense que vai perder outro”. Usando da autenticidade, respeito caloroso e compreensão empática, abracei-a, deixei-a chorar e falar, até que lhe disse: “

Compreendo a sua dor, medo e dúvidas. A sua mãe gosta muito de si e, pese embora lhe vá doer, de certeza que preferirá saber e estar perto neste momento.”

Durante o restante internamento, o trabalho desenvolvido foi no sentido de tentar promover a aceitação e redefinição dos objetivos. Procurando criar objetivos concretos, reais, exequíveis a curto prazo, e transformar grandes objetivos em mini-objetivos, sempre que falava de um futuro longínquo, acabava por dizer-lhe “Compreendo o que está a dizer, mas penso que poderia ser útil pensar em objetivos de mais curto prazo”.

A intervenção no contexto do meu local de trabalho centrou-se, principalmente, na aceitação do diagnóstico por parte da cliente, no planeamento do tratamento com a mesma e com a equipa multidisciplinar, na expressão das diferentes dimensões do sofrimento, na reorientação do caminho de vida e na vivência do presente. A dor, a ansiedade, o medo, a angústia e a solidão permitiram-me definir o diagnóstico de conforto comprometido, sendo que as estratégias utilizadas constituíram medidas de conforto no contexto físico (assistiu-se à redução da dor), psicoespiritual (voltou a olhar-se ao espelho, readquiriu vontade de cuidar da sua auto-imagem, redefiniu objetivos a curto prazo como, por exemplo, adquirir autonomia na transferência para a cadeira de rodas e autocuidado) e sociocultural (começou a aceitar receber visitas, passando a estar mais tempo com a mãe e companheiro) (Kolcaba, 1991; NANDA, 2012). À medida que foi atingindo os objetivos traçados, a sensação de alívio, tranquilidade e transcendência estavam patentes no seu rosto e nas suas atitudes, referindo muitas vezes “Já passei mais uma etapa, não vou desistir!”.

Na visita por parte da EIHSCP, quando a senhora me viu, agora como estudante, esticou a sua mão na tentativa de obter apoio e confirmação das informações dadas pela médica, demonstrando-se mais serena face ao acompanhamento prestado pela mesma, o que inicialmente tinha recusado, por considerar que o mesmo significava “ (...) estar a morrer”. No registo feito da avaliação feita pela médica e pela enfermeira da equipa, estava “ Senhora em processo de aceitação, com medo e dúvidas face ao início do ciclo de quimioterapia. Encaminhada a família para a assistente social e para o atelier de apoio ao familiar cuidador; efetuado ajuste terapêutico.”

A situação descrita permitiu-me treinar entre outras, as seguintes competências: “Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada”; “Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”; “Demonstra um nível de aprofundamento

conhecimento na sua área de especialização”; “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”; “Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização”; “Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização” (UCP, 2011).

Na minha prática diária é muito comum o confronto com a pessoa e família em fase terminal, considerando que o mais difícil neste processo de cuidar é a gestão dos nossos sentimentos, a sensação de impotência, a angústia de muitas vezes não saber o que fazer ou dizer e a dificuldade em respeitar o silêncio e o “tempo” do outro. Na fase inicial do estágio, centrando-me na premissa de Watson (2002) de que é necessário cuidar de si antes de cuidar com o outro, revelou-se indispensável tomar consciência das minhas limitações e identificar estratégias de coping utilizadas para conseguir ultrapassar estas situações.

O trabalho reflexivo individual, através de relatos escritos sobre as situações vivenciadas, mas principalmente, sobre os sentimentos e medos associados, a partilha dos mesmos com a orientadora da prática e com a equipa e o treino da comunicação em CP permitiram-me compreender as minhas limitações iniciais que descrevo como: emersão de sentimentos e vivências próprias na partilha com a pessoa e família em situação paliativa; dificuldade no processo de comunicação com pessoas jovens em fim de vida; receio em dizer algo desadequado à situação.

Com a tomada de consciência das minhas limitações, tanto pessoais como relativas às circunstâncias, desenvolvi o meu autoconhecimento e criei estratégias próprias de resiliência que me permitiram intervir sem identificar o problema do outro como se fosse meu e tendo a pessoa e família como parceiros na prática clínica (Yunes, 2003).

Considerando que a reflexão na e sobre a prática é indispensável para o desenvolvimento de capacidades e aptidões e que, quando partilhadas, contribuem para promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos outros enfermeiros, face à temática “Os sentimentos dos enfermeiros perante a morte”, escrevi um artigo de opinião que se assume como uma proposta de publicação (Apêndice XXI). Com a redação deste artigo, além da competência já descrita, penso ter desenvolvido as seguintes competências: “Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”; “Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”; “Produz um discurso pessoal

fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”; “ Comunica os resultados da sua prática clínica e investigação aplicada para audiências especializadas”; “Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização” (UCP, 2011).

O percurso de aprendizagem, pressupõem que o estudante adquira algum grau de autonomia na prestação de cuidados. No período de estágio na EIHSCP tive a oportunidade de intervir autonomamente tanto na consulta de urgência como na consulta programada, sendo que na primeira adquiri mais rapidamente autonomia. Na consulta programada foi mais difícil adquirir esta autonomia, uma vez que grande parte dos clientes e famílias já são assistidos pela EIHSCP há algum tempo, sendo a relação estabelecida de grande proximidade o que faz com que, no momento de consulta programada ou contato telefónico, procurem mais pelas enfermeiras e médicas de referência. Para tentar colmatar esta situação, sempre que tinha o primeiro contacto com a pessoa ou família, estava muito atenta à comunicação verbal e não-verbal, tentando identificar aspetos relevantes da história pessoal, familiar, do curso da doença e as necessidades desta idade, posteriormente discutidas com a equipa.

Registando estas necessidades no meu diário de campo, explorava possíveis abordagens para as necessidades identificadas e, aquando do futuro contato, pedia às enfermeiras para ser eu a conduzir a consulta. Penso ser notório o desenvolvimento das competências “Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”; “Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada”; “Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”; “Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas” (UCP, 2011).

No que concerne ao segundo objetivo específico: “Promover o conforto dos clientes internados no HSB, com critérios para prestação de cuidados pela EIHSCP, pelo criação e formação de um núcleo de elementos dinamizadores ou elos de ligação nos serviços de internamento”, o mesmo surge numa fase inicial de estágio quando me pareceu que a maior parte da comunidade hospitalar desconhecia a existência da EIHSCP. A EIHSCP, de acordo com o decreto-lei já referido, presta cuidados em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto e tem como finalidade “prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos

doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação” (Diário da Republica, 2011, pág. 3862).

Em Portugal, o número de serviços e programas de cuidados paliativos tem uma expansão ainda muito limitada (Marques *et al.*, 2009). As pessoas que necessitam destes cuidados, são na maioria os atendidos nos serviços de internamento dos hospitais de agudos (APCP, 2006a; APCP, 2006c).

A APCP (2006b) e Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP] (2009) defendem, respetivamente, que todos os serviços que cuidam destas pessoas têm a responsabilidade de proporcionar adequados cuidados paliativos e que uma abordagem precoce permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base, além de propiciar diagnóstico e tratamento adequados de perturbações que possam cursar paralelamente à doença principal.

Aliando a pertinência atual dos cuidados paliativos e a da importância da EIHSCP na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio à pessoa em situação paliativa e sua família, o Despacho n.º 7968/2011, considerou indispensável agilizar o acesso de todas as pessoas internadas em hospitais do Serviço Nacional de Saúde, com necessidades de cuidados paliativos (Diário da Republica, 2011). Tendo em conta que os clientes são referenciados pelos diferentes serviços da instituição e que à exceção do serviço de urgência, com quem a EIHSCP já estabeleceu um protocolo, e do serviço de oncologia médica, onde se regista a maior taxa de internamentos assistidos pela equipa, parece-me que a restante comunidade hospitalar não conhece a equipa, nem as suas potencialidades. Costa e Antunes (2012), defendem que para se promover mudança de atitudes na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa, é necessária formação em cuidados paliativos e investigação nesta área.

Fazendo menção ao já exposto, com o intuito de promover o conforto da pessoa e família em situação paliativa, revela-se pertinente a criação e formação de um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação a integrar na composição da equipa. Depois de consultar bibliografia referente à temática e fundamentar a opção tomada, no sentido de conhecer a realidade das EIHSCP nacionais e de entender de que forma se articulam com os serviços de internamento, enviei um email para todas as EIHSCP constantes da base de dados da ANCP das quais não recebi qualquer resposta. Através de contato telefónico com três destas EIHSCP, recebi informação de que não possuíam qualquer elo de ligação com os serviços de internamento.

Baseando-me em projetos que contam com um núcleo dinamizador, caso da CCI, construí um projeto para a criação de um núcleo de elementos dinamizadores nos serviços de internamento que posteriormente foi apresentado e discutido com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e tutora da escola (Apêndice XXII). Com o intuito de averiguar se os enfermeiros do centro hospitalar conheciam a EIHSCP, suas potencialidades, a forma de referenciação para a mesma e se lhe reconheciam vantagens no acompanhamento ao doente e família em situação paliativa, construí um questionário com questões fechadas (Apêndice XXIII).

Necessitando da aprovação e autorização da direção de enfermagem para a implementação do projeto e aplicação dos questionários de diagnóstico, foram construídos os pedidos de autorização para a direção e feita tentativa de agendar uma reunião com a enfermeira diretora. Até ao término do estágio, não recebemos qualquer resposta, pelo que não foi possível implementar o projeto delineado. Visionando a continuidade do projeto, todos os documentos construídos foram organizados numa pasta e colocados na base de dados da EIHSCP.

Em conversa informal com os enfermeiros chefe do serviço infeciologia/pneumologia e medicina interna acerca do projeto, estes mostraram-se interessados em incluir o mesmo no plano de ação do ano seguinte, considerando ser importante fazer um diagnóstico de conhecimentos da equipa de enfermagem face à temática. Apresentando-lhes o questionário construído para o efeito, pediram para o utilizar e depois de obter consentimento da enfermeira chefe do serviço de oncologia e da enfermeira orientadora os questionários foram aplicados a estas duas equipas de enfermagem estando os resultados expressos no Apêndice XXIV.

Na continuidade do projeto, considerei importante construir um segundo questionário de diagnóstico para conhecer o seu nível de formação em CP dos futuros elos de ligação (Apêndice XXV). Além disto, articulei um protótipo de um programa de formação, tendo por base as recomendações da ANCP face à formação básica dos enfermeiros em cuidados paliativos (XXVI).

Considerando o interesse da EIHSCP em avançar com o projeto e estando decidida a sua integração no plano de ação para o ano 2013, era necessário contemplar o núcleo de elementos dinamizadores no regulamento interno, definindo a estrutura, composição e funções dos mesmos. Antes do término do estágio fiz esta atualização, posteriormente discutida em reunião de equipa.

Como anteriormente referido, a referenciação da pessoa e família em situação de paliativa é feita através de uma folha de referenciação, que não era específica da EIHSCP. Carecendo de uma nova estrutura, reformulei-a e, embora tenha sido aprovada pela enfermeira coordenadora, ainda não foi implementada (Apêndice XXVII).

Abrçando o projeto desde os primeiros dias de estágio, o seu planeamento concorreu para o desenvolvimento das seguintes competências: “Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”; “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização” (UCP, 2011).

À semelhança dos estágios anteriores, considero ter continuado a evidenciar a presença de características de líder e supervisora clínica, sendo que ambas assentam na mesma filosofia e se fundem na prática (Simões, Garrido, 2005).

Durante o período de estágio, estiveram a estagiar na equipa duas estudantes da licenciatura de enfermagem, sendo vários os momentos em que, pela proximidade da situação, idade e experiência que me reconheciam, acabavam por me colocar questões e pedir a minha ajuda. Reportando-me à experiência anterior de supervisão clínica e à minha experiência profissional, com estas duas estudantes o meu papel foi de partilha de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas face a técnicas inerentes à minha prática diária, apelando sempre para a auto aprendizagem e fundamentação dos cuidados prestados. Recordando a importância que nesta fase de aprendizagem tem para os estudantes o saber fazer, quando me pareceu exequível, cedi-lhes a oportunidade de executar técnicas inerentes à prática clínica do enfermeiro, exercendo sempre supervisão dos cuidados. Nas situações em que considerei que não era possível a assistência ser prestada por elas, preocupei-me em proceder a uma análise e reflexão conjunta com o intuito de lhes proporcionar um momento reflexivo e de aprendizagem, sendo muitas vezes as questões e reflexões destas estudantes potenciadoras de novas reflexões e aprendizagens em mim.

O gosto pela partilha de saberes, a disponibilidade, a capacidade de diálogo, a orientação, o trabalho em equipa, a tolerância e paciência com as tentativas falhadas ou falta de conhecimento, capacidade de análise, sensibilidade, a capacidade de seleccionar o grau de intervenção, o apelo para o aprofundamento dos saberes, são algumas das

atitudes que tive com estas estudantes e que autores de referência consideram ser indispensáveis a uma supervisor clínico (Alarção e Rua, 2005; Cunha et al, 2010).

Deste modo, a experiência relatada permitiu-me desenvolver competências inerentes à liderança de equipas de prestação de cuidados especializados; supervisão do exercício profissional na área de especialização, à promoção do desenvolvimento profissional e pessoal de outros enfermeiros e colaborar na integração de novos profissionais.

CONCLUSÃO

O relatório permite espelhar o percurso de aprendizagem vivido e refletido durante o período de estágio, constitui-se como uma ferramenta dinâmica que dá visibilidade ao trabalho concretizado e, mediante o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas no contexto da prática, apresenta-se como guia orientador das competências desenvolvidas (Ruivo, Ferrito, 2010).

Todo este percurso permitiu-me perceber qual é o verdadeiro significado da enfermagem como ciência e adquirir maior satisfação por poder ser enfermeira.

Assumindo o conforto como o objetivo do cuidado em enfermagem, toda a minha atuação esteve direcionada neste sentido, considerando hoje que medida de conforto é qualquer intervenção implementada com vista à satisfação das necessidades da pessoa e família parceiros nos cuidados.

Os estágios afirmaram-se como momentos de formação e reflexão na prática, na medida em constituem um veículo para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro EEMC. Neste processo foi indispensável interligar a evidência científica com o relacionamento interpessoal e com a comunicação para que o ato de cuidar fosse uma atividade que garanta qualidade científica e ética, integrando arte e ciência (Marin, 2005). Estagiar em serviços que não conhecia trouxe alguma ansiedade mas gerou a oportunidade de experiências nunca antes vivenciadas e aquisição de saberes importantes para a minha prática diária.

Em relação ao módulo de urgência, o maior desafio foi manter a coerência conceptual do Cuidado e consciencializar os profissionais para a importância de prestar cuidados com a pessoa e família como um todo. O processo de tomada de decisão exige-se rápido, pelo que a integração com a equipa, o desenvolvimento de competências científicas, relacionais e técnicas foi fundamental. O momento reflexivo e formativo face à temática da drenagem torácica constituiu-se como um elemento promotor de conforto e da prestação de cuidados com qualidade, uma vez que uma prática fundamentada permite obter rigor técnico e científico, prevenir e melhorar as respostas dos enfermeiros às necessidades da população em matéria de cuidados de saúde (Paiva e Silva, 2007).

O estágio na UCI permitiu-me desenvolver competências na área do intensivismo, pois o tutor e equipa possuíam uma consciência humana, ética e um conhecimento científico atualizado sobre as situações que envolvem a pessoa e família em situação de

doença crítica, que foram sempre partilhando e instigando na minha prática. O desenvolvimento de uma prática crítico-reflexiva, baseada na evidência possibilitou o meu desenvolvimento profissional e pessoal, assim como dos enfermeiros do contexto. O protocolo “Quiet-time” surge como estratégia promotora do sono e o repouso do cliente internado na UCI, tema trabalhado em contexto de estágio.

O módulo opcional, cuidados paliativos, centrou-se no processo reflexivo sobre os sentimentos do enfermeiro perante a pessoa e família em situação paliativa; o autoconhecimento e aceitação das minhas limitações face ao cuidado em fase terminal foi crucial para o sucesso desta etapa, sendo esta tarefa indispensável para a prestação de cuidados centrados no outro e com vista à obtenção do conforto da equipa prestadora de cuidados, da pessoa e família. Da análise do contexto emergiu a necessidade de criar um grupo de elementos dinamizadores da EIHS CP nos serviços de internamento, esperando que os conhecimentos a transmitir a estes elementos se traduzam em melhorias na prestação de cuidados.

No decorrer do percurso de aprendizagem surgiram algumas dificuldades inerentes à produção de conhecimentos e ao processo de aprendizagem, que foram colmatadas com o apoio e disponibilidade dos tutores, aliado à pesquisa bibliográfica constante e à minha dedicação em toda esta caminhada. Houve ainda necessidade de reformular algumas etapas do percurso, assumindo isto como uma oportunidade para desenvolver competências relativas à gestão do imprevisto.

Relativamente aos objetivos propostos para esta prática clínica, pese embora as dificuldades sentidas e os obstáculos ultrapassados, considero que foram alcançados.

No futuro pretendo implementar os projetos desenvolvidos em contexto de estágio no meu local de trabalho; realizar esta avaliação do ruído na UCI e a posteriori comparar esses dados com uma avaliação anteriormente realizada na UCI e com dados referentes a outras medições feitas noutras instituições; participar no projeto de criação dos elementos do núcleo dinamizador da EIHS CP, concluir o estudo acerca dos conhecimentos da comunidade hospitalar sobre a equipa, publicar o conhecimento produzido e continuar a desenvolver trabalhos de investigação relevantes para a prática clínica em enfermagem. No serviço onde presto cuidados, parece-me pertinente desenvolver ações de sensibilização com a equipa de saúde, face aos aspetos do Conforto preconizados por Kolcaba.

As competências adquiridas só têm significado se conseguirmos aplicá-las na nossa prática diária, pelo que a partilha dos saberes e conhecimentos adquiridos foi uma

constante com todos os elementos da equipa de saúde do meu serviço, procurando que as minhas atitudes servissem de modelo de desempenho, sensibilizando-os para a importância da investigação como motor essencial do desenvolvimento da enfermagem e do conforto como objetivo do cuidar.

Tenho consciência que 540 horas de prática clínica são insuficientes para abranger a diversidade de respostas humanas aos problemas de saúde e adquirir todas as competências inerentes ao enfermeiro especialista de EMC. No entanto, a experiência foi enriquecedora, deu-me oportunidade de apreender outras realidades e perceber como o papel do enfermeiro varia nos diferentes contextos e de iniciar o processo de desenvolvimento de competências, que será um continuum durante toda a vida.

Mais do que conquistar o título de enfermeiro especialista, esta formação acrescentou valor ao meu ser enquanto pessoa e profissional. Parafraseando Bach (2001, p.15) “(...) não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer, o que nos define é o modo como enfrentámos esse desafio”.

BIBLIOGRAFIA

- Alarção, I., Rua, M. –Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em Linha]. 14, 3 (2005):373-82.
- Almeida, Fernandes Neves – **Psicologia para Gestores. Comportamentos de Sucesso nas Organizações**. Alfragide: McGraw Hill de Portugal Lda., 1995. ISBN: 972-8298-01-3.
- Amaro, H. - Comportamentos comunicacionais assertivos e burnout nos profissionais de enfermagem. *Nursing*. 17 (2007): 7-16.
- Amaro, H., Jesus, S. - Comportamentos assertivos um estudo exploratório. *Nursing*. 16, 199 (2005): 24-28.
- ANCP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos - **Manual de cuidados paliativos**. 2009. Rio de Janeiro: Diagraphic. ISBN 978-85-89718-27-1.
- Apostolo, João – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*. 9 (2009): 61-67.
- Associação Portuguesa De Cuidados Paliativos (2006) - **Organização de Serviços de Cuidados Paliativo: Recomendações da APCP**. [Em Linha]. [Consult. a 26/11/2012]. Disponível em: www.apcp.pt.
- Associação Portuguesa De Cuidados Paliativos – **Cuidados paliativos: o que são?** [Em linha]. (2006a). Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidadospaliativos&cod=79&subCat=79> >.
- Associação Portuguesa De Cuidados Paliativos – **Organização de serviços em cuidados paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos - recomendações da ANCP**. [Em linha]. (2006b). Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Criterios de Qualidade.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Criterios_de_Qualidade.pdf)>.
- Associação Portuguesa De Cuidados Paliativos – **Organização de serviços em cuidados paliativos: recomendações da ANCP**. [Em linha]. (2006c). Disponível em: www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>.

- Bach, R. - **Mensagens para sempre**. Cascais: Art Plural Edições, 2001: 15.
- Barros, Alba. - Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista de Enfermagem**. 22, (2009):864-867. [Em Linha]. [Consultado a 29/1/2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>.
- Benner, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-97-X.
- Bernardo Ana - **Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos**. III Congresso de Cuidados Paliativos. (Em Linha). Porto, 2006. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/apresentacao_do_congresso_esas.pdf.
- Bergel, Fernando; Gouveia, Nelson - Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. [Em Linha]. 6, (2005). [Consultada a 1/12/2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26983.pdf>.
- Bettinelli, Luiz A.; Eedmann, Alacoque - Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances em enfermagem**. XXVII (2009): 15-21. [Em linha]. [Consul. 28 de Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.revistas.unal.edu>.
- BIQ Logist Concept – **Ekanban: logística na Saúde**. BIQ Consulting.
- Branco, Joyce; Lisboa, Márcia - Adesão de clientes renais crónicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem. *Revista de enfermagem*. Vol. 18, 4, Frio de janeiro (2010). 578-583.
- Buckman. R - **How to break bad news. A guide for health care professionals**. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
- Cabete, Dulce – Avaliação da construção de um portefólio de competências: avaliação do processo e dos resultados. *Percursos*. 2, 4 (2007): 4-22.
- Caldeira, S. - Validation of nursing diagnoses - the differential diagnostic validation model as a strategy, REUOL. **Revista de enfermagem UFPE on line**. [Em Linha]. ISSN: 1981-8963. 6 (2012): 1441-1445.

- Capelas, Manuel - Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. **Cadernos de Saúde**. [Em Linha]. 2, 1 (2009): 51-57. [Consultado a 20/11/2012]. Disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf
- Carvalho, Maria Leonor – Morte, Cuidados Paliativos e a Família do doente terminal. **Nursing**. ISSN: 0871-6196. Novembro, (2007): 36-40.
- Carneiro, António - **O que são Normas de Orientação Clínica?**. Atualizado 18/04/2012. [Em linha]. [Consult. a 10/1/2013]. Disponível em: <http://hmsportugal.wordpress.com/2012/04/18/o-que-sao-normas-de-orientacao-clinica/>
- Castro, Cidália Maria – **Perceção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Centre for Reviews and Dissemination - **Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. University of York: York Publishing Services Ltd, (2009). 978-1-900640-47-3.
- Centro Hospitalar De Setúbal – Informação institucional: Missão & Visão. (2011) [Em Linha]. [Consultado a 8- 6- 2012]. Disponível em: <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/View.aspx?p=601>.
- Chalifour, Jacques – **La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique - humaniste**. Québec: Gaëtan Morin, 1989. ISBN 2-89105-312-5.
- CHSK – **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde: Normas para a Acreditação**. 3.^a Edição, Versão 01, 2010.
- Colón, KM. - Bearing the bad news. *Minesota Medicine*. 78, (1995):10-14
- Conselho Internacional De Enfermeiras - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, (2003).
- Conselho Português de Ressuscitação - **Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council**. Edição: Paula Grácio, Revista Saúde Infantil.

- Constituição da República Portuguesa, Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto, Diário da República, I Série A, nº155 de 12 de Agosto de 2005.
- Cunha, Madalena et al - **Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. Instituto Politécnico de Viseu.** [Em Linha]. (2010):271-282. ISSN: 1647-662X.
- Costa, José – **Métodos de prestação de cuidados.** Instituto Politécnico de Viseu. [Em Linha]. 30, (2004): 234-251. ISSN: 1647-662X.
- Costa, M^a Antónia; Antunes, M^a Teresa - Artigo de investigação: Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. **Revista de Enfermagem Referência.** [Em Linha]. 7, (2012): 63-72.
- Cruz, D.; Pimenta, C. – Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev. Latino-americana Enfermagem.** [Em Linha]. 13, (2005): 415-422.
- Cunha, D. et al- Avaliação da relação entre o estado nutricional e a alimentação em utentes internados em ULDM. **Revista: Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica.** [Em Linha]. 6, (2012): 79. ISSN: 1646-7183.
- Davison S, Jhangri G, Johnson J. - Longitudinal validation of a modified Edmonton symptom assessment system (ESAS) in haemodialysis patients. **Nephrol Dial Transplant.** [Em Linha]. 21, (2006):3189-95. Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/21/11/3189.full.pdf>
- Deodato, Sérgio - **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade.** Coimbra: Almedina S.A, 2008.
- Diário da República, II.^a série — N.º 107/ 2 de Junho de 2011. Despacho n.º 7968/2011
- Direção Geral da Saúde (DGS) - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.
- Direção Geral da Saúde – **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-99-X.

- Feliz, V. et al. - Análise de desconforto térmico local em ambientes cirúrgicos com o uso de manequim, medição de variáveis ambientais e avaliação subjetiva. **Ambiente Construído**. ISSN 1678-8621. 12, (2012): 115-129.
- Fernandes, Pedro – **Que perfis concorrem para a satisfação do doente que recorre ao serviço de urgência: Aplicação ao CHNE**. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, (2011). Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.
- Figueiroa- Rêgo, Sandra - Século XXI: novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados de uso. **Pensar Enfermagem**. ISSN 0873-8904 7, (2003): 34-48.
- Fontes, Cassiana; Cruz, Diná – Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clinica médica. **Rev Esc Enferm USP**. [Em linha]. 4, (2007): 395-402.
- Freitas, K.; Mussi, F.; Menezes, I. – Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Esc Anna Nery**. [Em Linha]. 16, (2012): 704 – 711.
- Gadalean, Ioana; Cheptea, Marilena; Constantin, Ioana – Evaluation of Patient Satisfaction. **Applied Medical Informatics**. [Em Linha]. 29, (2011): 41-47.
- Galinha, Florinda - Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto. **Edição: Linha de Investigação de Enfermagem de Família**. [Em Linha]. (2009): 49-57. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- George, Júlia – **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ed. Porto Alegre: Artemed, 2000. ISBN 85-7307-587-2.
- Grossbach, I., Stranberg, S., Chlan, L. - Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. **Critical Care Nurse**. 31, (2011): 46-61.
- Guarda, H.; Galvão, C.; Gonçalves, M. – Apoio à família. In Barbosa, António; Neto, Isabel - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da

- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006: 453-473. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Gunther, M. – Marta Rogers: Seres Humanos Unitários. In Tomey, A.; Aliigood, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Lusociência, 2004. ISBN: 972- 8383-74-6. p. 253-277.
- Happ, M. et al – Nurse- Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care**. 20, (2011): 28-40.
- Herdman, Tracy. – Qual o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? **Revista Eletrónica de Enfermagem**. [Em Linha]. 13, (2011): 161-162. ISSN: 1518-1944.
- Honkus, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. **Critical Care Nurs**. [Em Linha]. 26, (2003): 179-189.
- INEM – Perguntas Frequentes: **O que é uma VMER?**. 2009. [Em Linha]. [Consultado a 19/81/2013]. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27668
- Infopédia - **Dicionário da Língua Portuguesa**. [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. [Consult. 2013-02-01]. Disponível na www: <URL: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/conforto>>.
- Jacobowski, Natalie et al - Communication in Critical care: family rounds in the intensive care unit. **American journal of critical care**. [Em Linha]. 5, (2010): 421-430.
- Jarabek, B.R. et al -Use of a palliative care order set to improve resident comfort with symptom management in palliative care. **Palliative Medicine**. [Em Linha]. 22, (2008):343-349. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18541638>.
- Kalfon, P. - Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. **Intensive Care Med**. [Em Linha]. 36, (2010):1751–1758.
- Kandasamy, A; Chaturvedi, SK; Desali, G. - Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. **Indian J Cancer**. [Em Linha]. 48 (2011): 55-59.

- Kèrouac, Susanne; et al. – **El pensamiento enfermero**. Barcelona, Masson, 1996.
- Kolcaba, K.Y. - A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. [Em Linha]. 23, 4 (1991):237-240.
- Kolcaba, K.Y. - Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 15, nº1 (1992):1-10.
- Kolcaba, K.Y. - A theory of holistic comfort for nursing. *Advances in Nursing Science*. [Em Linha]. 19 (1994):1178-1184.
- Kolcaba, K.Y. – **Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research**. [Em Linha]. New York: Springer, 2003.
- Kolcaba, K; Fisher, E.M - A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. [Em Linha]. 18 (1996): 66-76.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R.J. - An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, (1991): 1301-1310.
- Krachman, Samuel et al. -Sleep in the Intensive Care Unit. *Chest journal*. [Em Linha]. Junho, (1995): 1713-1720.
- Krön, Thora; Gray, Anne - **Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.
- Lei, Zhang et al. – Sleep Quality and Sleep Disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Critical Nursing*. [Em Linha]. 18, (2009): 2521-2529.
- Li, Shu-Yen et al. – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of clinical Nursing*. [Em Linha]. 20, (2011): 396-407.
- Lima, Patricia; Simões, Silvia - O Luto. *Nursing*. ISSN: 0871-6196. 227. Novembro (2007): 45- 48.
- Lima, Suzinara; Erdman, - A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*. [Em Linha]. 19 (2006):271-278.
- Llandaff, Baronesa McFarlane; Castledine, George - **Guia para a prática da enfermagem: o processo de enfermagem**. Lisboa: Mosby Company, 1988.

- Lopes, Noémia G. Mendes – Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. **Enfermagem**. 6 (1995): 34-39.
- Magalhães, Ana Maria; Juchem, Beatriz - Primary nursing: Adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem Cirúrgica do Hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista Gaúcha enfermagem**. Porto Alegre. [Em Linha]. 21, (2000): 5-18.
- Magão, Maria Teresa – **A esperança nos pais de crianças com cancro: uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia da Saúde, (2000). Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde.
- Marin, Sandra –A propósito de la enfermeira basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. **Investigación y Educación en enfermería-Medellim**. [Em Linha]. 2 (2005): 138-146.
- Marques, António et al. – O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. **Patient Care**. [Em Linha]. 14, 152 (2009):32-38. ISSN 0873-2167.
- Marquis-Bessie L.; Huston, Carol J. – **Administração e liderança em enfermagem. Teoria e prática**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0375-1.
- Martins, Fernanda; Teixeira, Mª José; Amaral, Matilde – Resolução de Conflitos de Forma Criativa. **Informar**. Porto. 24 (2001): 35-37.
- Martins, Zélia – **Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente**. Porto: Universidade do Porto: Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, (2010). Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Mussi, Fernanda - Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**. [Em Linha]. 18 (2005):72-81.
- NANDA - **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014**. [Em Linha]. São Paulo: Artmed, 2012. ISBN: 978047654828.

- Nell, R. – Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In Tomey, A.; Aliihood, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição. Lusociência, 2004. ISBN: 972- 8383-74-6. p.163- 183.
- Neto, Isabel Galriça – Cuidados Paliativos o desafio para além da cura. **Revista Portuguesa de Clínicos Gerais**. 19, (2003): 27-29.
- Nicolas, Ana et al. – Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit. **British Association of Critical Care Nurse – Nursing in Critical Care**. [Em Linha]. 13, nº 1 (2008): 25-33.
- Nunes, Sofia - **Qualidade de vida e necessidades da população idosa com doença oncológica**. [Em Linha]. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Mestrado em Gerontologia. [Consult. 13- 12-2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/3947>
- Ordem dos Enfermeiros (OE)- **Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. 2001. [Em Linha]. Disponível em:www.ordemenfermeiros.pt/
- Ordem dos Enfermeiros (OE) – **A cada Família o seu enfermeiro**. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) - **Estatutos da Ordem dos Enfermeiros: Artigo 83 e 85**. Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. [Em linha]. [Revisto a 18/04/2010]. [Consult. a 4 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoEnfermagem.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. 2010. Disponível em:www.ordemenfermeiros.pt/.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - **Guia de Transporte de Doentes Críticos**. Edição: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.
- Paiva e Silva, Abel - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. ISSN 0871-2379. 55, 1-2 (2007): 11-20.
- Paiva e Silva, Abel et al - **Avaliação de sintomas pela escala de Edmonton (ESAS) Serviço de Cuidados Paliativos do IPO-Porto**. IV Congresso Nacional de

- Cuidados Paliativos, Porto, 2008. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/apresentacao_do_congresso_esas.pdf
- Parthasaraty, S, Tobin, M.J. - Sleep in the intensive care unit. **Intensive Care Med.** [Em Linha]. Fevereiro (2004): 197-206.
- Pereira, L.V. et al. O método funcional na enfermagem – análise crítica. **Revista Mineira de Enfermagem.** 10 (1997): 64-68.
- Pereira, Maria Aurora – **Comunicação de más notícias e gestão de luto.** Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-92-4
- Peres, Mário et al. – A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica.**34 (2007): 82-87.
- Phaneuf, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- Pinheiro, M^a de Fátima Rodrigues. Organizar a prestação de Cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro-chefe. **Servir.** ISSN 0871-2370. 42, 6 (1994): 311-319.
- Pinho, F. – Objetividade e subjetividade dos registos de enfermagem. **Revista Informar.** 11, (1997).
- Pinho, Leandro; Kantorski, Luciane – Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciência e Enfermeria.** [Em Linha]. 1, (2004): 67-77. ISSN 0717 – 2079
- Querido, Ana – **A Esperança em Cuidados Paliativos.** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Querido, Ana; Salazar, Helena; Neto, Isabel – Comunicação. In Barbosa, António; Neto, Isabel - **Manual de Cuidados Paliativos.** Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006: 357-378. ISBN 978-972-9349-21-8.
- Regulamento Do Exercício Profissional Dos Enfermeiros (REPE). Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro com alterações do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril.

- Richardson L, Jones G. - A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. **Current Oncology**. [Em Linha]. 16, (2009):53-64. ISSN: 1198-0052.
- Ribeiro, Rosa; Martinez, Ana Paula; Silva, Ana Isabel. - **Plano de Ação: Unidade de cuidados Intensivo**. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal, (2011).
- Riley, Júlia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-81-9.
- Rodrigues, et al. – Cuidar na morte, Que sentimentos? **Nursing**. ISSN: 0871-6196. 209 (2006): 43-48.
- Rosário, Elsa - **Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Ruivo, Alice; Ferrito, Cândida – Metodologia de Projeto. **Percursos**. Setúbal. ISSN 1646-5067. 15 (2010): 1-37.
- Santos, A. et al – Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em Linha]. 17, (2008): 141-149.
- Santos, Daniela - **A influência do empenhamento profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito**. [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2008. Tese de mestrado. [Consult.19-1-2013]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/1001>>.
- Santos, I.; Castro, C. - Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em Linha]. 17, (2008): 734-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/15.pdf>
- Santos, Sérgio – Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. **Cogitare Enfermagem**. 12, (2007):229-235.
- Saraiva, Dora; Martinho, Teresa - Comunicar com o doente em estado crítico. **Nursing – suplemento**. [Em Linha]. Junho, (2011). [Consult. 8-10-12]. Disponível em <http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>.

- Satiya – **Palavra: Conforto**. Curitiba: Origem da palavra - Site de etimologia 2012-06-18. [Em Linha]. [Consult. 2013-03-19]. Disponível em: <http://origemdapalavra.com.br/palavras/conforto/>
- Simões, J. F.; Garrido, A. F. – Finalidade das estratégias de supervisão em ensino clínico de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. [Em Linha]. 16 (2007): 599-608.
- Sousa, Carla - **Nutrição e Oncologia: a investigação e seu impacto na clínica e ensino**. [Em Linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, 2011. Relatório de projeto no âmbito de Bolsa Universidade de Lisboa/Fundação Amadeu Dias. [Consult. 13-12-2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/4752>
- Sousa, M^a Rui et al.- Coping e adesão ao regime terapêutico. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em Linha]. 4, (2011): 151-160. [Consultado a 1/12/12]. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832011000200016&script=sci_arttext
- Tastan, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. **Anatol. J. Clinical Investigation**. [Em Linha]. 4 (2010): 5-10.
- Teixeira, Sebastião – **Gestão das Organizações**. Lisboa: Mc Graw-Hill, 1998. ISBN 972-773-001-9.
- Twycross, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN: 972-796-001-4
- Universidade Católica Portuguesa – **Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde Escola Superior Politécnica de Saúde Enfermagem, 2011.
- Vaz, Carolina – **Dor aguda e conforto prejudicado em Parturientes: Revisão integrativa**. Porto Alegre: 2009. [Em Linha]. Trabalho de conclusão do curso apresentado à disciplina de trabalho de conclusão II. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Sul.
- Veludo, Filipa; Pontífice Sousa, Patrícia – Gestão de Regimes Terapêuticos: Que intervenções? **Sevir**. Edição Especial, Resumos, atas e comunicações do 2º

- Congresso Nacional da ACEPS “Cidadania em saúde: barómetro Social e humano. ACEPS, Viseu. Janeiro/fevereiro, (2013): 47.
- Vieira, Margarida – **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2007. ISBN 972-54-0146-8.
- Waldrop, D.; Kirkendall, A.- Comfort Measures: A Qualitative Study of Nursing Home-Based End-of-Life Care. **Journal of Palliative Medicine**. [Em Linha]. 12, (2009).
- Watson, J. – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, (2002).
- World Health Organization - **Palliative Care Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes**. WHO Library Cataloguing. [Em Linha]. 2007. ISBN 92 4 154734 5.
- Xavier, Vargas; Matos, Helena; Modesto, Manuela – **Plano de Ação: Serviço de Urgência Geral**. Centro Hospitalar de Setúbal, (2011).
- Yava, Ayla et al – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. **Stress and Health**. [Em Linha]. 27, (2011) 36-47.
- Yousefi, H. et al - Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. **Journal of Advanced Nursing**. [Em Linha]. 65, (2009): 1891-1998.
- Yunes, M. Ângela – Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**. [Em Linha].8, (2003): 75-84. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: DRENAGEM TORÁCICA E GRELHA DE AUDITORIA

Nome da instituição	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: DRENAGEM TORÁCICA	Data da entrada em vigor	
		Revisão x	
		Próxima revisão	
		Cód. Documento	xxx.00.yyy.00

I. OBJETIVO

Descrever normas e orientações de enfermagem relevantes aquando da colaboração e manutenção do dreno tubular na cavidade pleural e/ou mediastínica, através de técnica asséptica. Este procedimento tem como objetivos:

- Manter ou restabelecer a pressão negativa do espaço pleural, através da remoção de ar, líquidos e sólidos do espaço pleural ou mediastino, que podem ser resultantes de processos infecciosos, trauma, procedimentos cirúrgicos, entre outros;
- Promover a expansão pulmonar e a normal dinâmica ventilatória;
- Prevenir o colapso do pulmão não afetado;
- Manter o sistema de drenagem funcional;
- Prevenir a infeções e acidentes.

II. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a instituição X e deve ser cumprido por todos os médicos e enfermeiros.

III. SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

CA- Conselho de Administração

CCI- Comissão de Controlo de Infeção

DGS – Direção Geral da Saúde

IM - Intramusculares

PNCI- Programa Nacional de Controlo de infeção

SC – Subcutâneas

IV. REFERÊNCIAS

ACSS – Norma 2.7.4. Drenagem Torácica Subaquática. In **Manual de Normas de Enfermagem e procedimentos técnicos**. 2ª edição. Lisboa, 2011

ATRIUM MEDICAL CORPORATION - **Instruções para o uso de Drenagem torácica para aspiração a selo de água**. 2004

D. NGO, Quan; MBBS, Vincent; A. DEANE, FRACS Stephen - **Drowning in Drainage**. Department of Surgery, Liverpool Hospital. 2004. ISBN 1 74079 046 4

DGS – **Circular Normativa nº: 13/DQS/DSD**: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 2010.

MATEUS, Edite, et al - **Procedimento de enfermagem Drenagem Torácica** – Serviço de Pneumologia Hospital de São Bernardo. Junho 2009.

MIMS, Barbar, et al. – Chest Tubes. In **Critical Care Skills: A clinical Handbook**. 2ª edição. Elsevier, 2004. ISSN: 0-7216-0085-9. Pg. 3-20.

PARRA, Andreise, et al.- **Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Arquivo Ciências da Saúde. Abril-Junho, 2005. Pg. 116-119.

SWEARINGEN, Palmela L., KEEAN, Janet Hicks - **Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-52-5

V. RESPONSABILIDADES

CA pela aprovação e divulgação do procedimento a todos os serviços;

A CCI pela sua monitorização e cumprimento;

Aos enfermeiros cabe a aplicação e o cumprimento deste procedimento.

VI. PROCEDIMENTO

❖ CONSIDERAÇÕES GERAIS QUANTO À SUA EXECUÇÃO:

Os drenos torácicos podem conectar-se a vários sistemas de drenagem, mas em todos eles o seu funcionamento baseia-se no facto de:

- Manter um gradiente de pressão que permite a saída de líquido e/ou ar acumulados;
- A água, como válvula unidirecional, impede o retorno dos produtos drenados.



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION

Figura 1 – Sistema de Drenagem Torácica

Existem dois tipos de drenagem torácica para restabelecer a pressão negativa intrapleural:

- Passiva - O conteúdo da cavidade pleural drena para o exterior por ação da gravidade e dos movimentos respiratórios da pessoa;
- Ativa - O conteúdo da cavidade pleural drena para o exterior por ação de uma pressão negativa permanente, criada através de uma fonte de baixa pressão (sistema de vácuo).

COMPLICAÇÕES:

- Relativas a erros técnicos aquando da inserção do dreno:
 - Enfisema subcutâneo;
 - Perfuração de um órgão, provocando um hemotórax, pneumotórax hipertensivo, entre outros;
 - Infecção no local de inserção do dreno e contaminação das pleuras;
- Reações vagais

❖ MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DE DRENAGEM TORÁCICA:

- Mesa com campo esterilizado que contém:
 - Seringas de 10cc e 20cc;
 - Agulhas SC, IM e diluição;
 - Compressas esterilizadas;
 - Pinça de kocker;
 - Campo com janela;
 - Lâmina de bisturi;
 - Fio de sutura (seda 2/0)
 - Porta agulhas
 - Kit de pequena cirurgia;
 - Dreno torácico;
 - Trocater de drenagem torácica (24-28Ch);
- Bata esterilizada;
- Luvas esterilizadas;
- Máscara;
- Touca;
- Resguardo descartável;
- Solução desinfetante;
- Anestésico local (lidocaína a 2%)
- Adesivo;
- Sistema de drenagem torácica;
- Água destilada;
- “Clamp” de drenagem torácica (2 por cada tubo);
- Aspirador de baixa pressão (em caso de ser uma drenagem ativa);
- Contentor para recolha de instrumentos cirúrgicos 7,5 L
- Recipientes para sujos de acordo com as normas de triagem dos resíduos hospitalares

Ações de Enfermagem	Justificação
1.1 - Fase de Inserção do Dreno	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultar o processo clínico; 2. Indagar à cerca dos conhecimentos e dúvidas do cliente face ao procedimento; 3. Controlar as condições ambientais; 4. Explicar ao cliente o procedimento a que vai ser submetido, esclarecendo-o quanto a finalidade da colocação da drenagem, às fases do procedimento e como pode colaborar durante a realização do mesmo; 5. Higienização das mãos; 6. Prepara o material necessário para o procedimento; 7. Verificar se as conexões da tubuladura estão bem adaptadas; 8. Avaliar e registar sinais vitais; 9. Posicionar o cliente, tendo em conta a sua situação de saúde e indicação médica (mais usual em posição semi-fowler ou sentado, com o membro superior flectido sob a cabeça); 10. Aplicar resguardo descartável sob o cliente; 11. Colaborar com o médico na inserção do dreno torácico; 12. Conetar a extremidade do dreno ao sistema de drenagem e verificar se as conexões estão bem vedadas; 13. Se indicado, conectar a extensão que vem do frasco ao sistema de aspiração contínua; 14. Posicionar o sistema de drenagem no nível inferior ao torax, mantê-lo sempre assim e em suporte apropriado; 15. Verificar se há oscilação na coluna de água do recipiente (sobe durante a inspiração e desce na expiração) e 	<ul style="list-style-type: none"> - Individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar os resultados - Atender às preferências e necessidades do cliente - Promover o conforto e privacidade do cliente - Diminuir a ansiedade do cliente - Obter o seu consentimento livre e esclarecido e a sua colaboração - Encorajar e promover o auto cuidado - Prevenir a contaminação e diminuir o risco de infeção - Gerir o tempo - Prevenir a entrada de ar no espaço intra-pleural - Obter valores de referência - Facilitar a execução da técnica - Prevenir sujar o cliente ou o ambiente envolvente - Facilitar a execução da técnica - Obter um sistema de drenagem fechado - Prevenir complicações relativas à entrada de ar para o espaço intra-pleural - Regular o fluxo de aspiração e não de pressão - Facilitar a drenagem - Prevenir o refluxo de líquido e/ou ar para o espaço pleural - Acautelar acidentes - Avaliar a permeabilidade e o funcionamento do sistema de drenagem. A coluna de água deixa de oscilar quando: <ul style="list-style-type: none"> - o pulmão já se reexpandiu;

Ações de Enfermagem	Justificação
detetar borbulhamento inesperado;	<ul style="list-style-type: none"> - o tubo está obstruído por coágulos e/ou fibrina; - o tubo está dobrado; - a aspiração ativa não está funcionante (caso exista) – Identificar a origem da fuga de ar no sistema (em caso de borbulhamento inesperado)
16. Higienização das mãos	
17. Executar penso simples e esterilizado no local de inserção do dreno, de forma a que proteja o local de inserção do dreno;	– Prevenir a contaminação
18. Fixar o dreno ao torax	– Garantir maior estabilidade ao dreno, diminuindo o risco de deslocação acidental
19. Verificar se as tubuladuras têm angulações;	– Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem
20. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se numa posição confortável;	<ul style="list-style-type: none"> – Promover o conforto – Facilitar a drenagem – Prevenir estase pulmonar
21. Avaliar sinais vitais, saturações de oxigénio, frequência respiratória, estado de consciência e coloração da pele e mucosas;	– Despistar possíveis complicações
22. Em caso de dor, administrar analgesia;	– Permitir maior amplitude de movimentos
23. Encorajar o doente a respirar fundo e a tossir com frequência;	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar a drenagem – Prevenir a estase pulmonar e atelectasias – Promove reexpansão pulmonar
24. Em caso de indicação médica adaptar um sistema de drenagem ativa, certificando-se que a pressão negativa é a desejada;	<ul style="list-style-type: none"> – Acelerar a reexpansão do pulmão – Prevenir complicações associadas ao excesso de pressão
25. Confirmar a existência de dois “clamps” na unidade do doente;	– Clampar imediatamente o dreno em caso de acidente
26. Incentivar o cliente a alternar os decúbitos frequentemente;	<ul style="list-style-type: none"> – Promover a drenagem – Favorecer a expansão pulmonar – Prevenir o aparecimento de zonas de pressão
27. Assegurar a recolha e lavagem do material	
28. Higienização das mãos	
29. Registrar o local de inserção do dreno, sinais vitais, quantidade e tipo drenado, bem como se esta se encontra ou não oscilante, ou	<ul style="list-style-type: none"> – Divulgar a informação por toda a equipa – Facilitar a avaliação da evolução da situação do doente – Despistar possíveis complicações

Ações de Enfermagem	Justificação
borbulhante.	
1.2 - Fase de Manutenção	
<p>1 a 6, Ações iguais a 1.1.</p> <p>7. Preparar o material de penso</p> <p>8. Calçar luvas não esterilizadas;</p> <p>9. Remover o penso do local de inserção do dreno;</p> <p>10. Examinar o local de inserção do dreno;</p> <p>11. Remover as luvas;</p> <p>12. Higienização das mãos;</p> <p>13. Calçar luvas esterilizadas ou usar pinças;</p> <p>14. Vigiar regularmente o penso do dreno torácico e executá-lo diariamente;</p> <p>15. Imobilizar o dreno fixando-o ao torax do cliente;</p> <p>16. Vigiar o padrão respiratório e mobilidade torácica;</p> <p>17. Vigiar todo o sistema de drenagem;</p> <p>18. Verificar se há oscilação na coluna de água do recipiente (sobe durante a inspiração e desce na expiração) e detectar borbulhamento inesperado;</p> <p>19. “Mugir” o tubo na direção do frasco, se existência de coágulos e/ou fibrina (provoca aumento leve e intermitente da pressão intra</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detetar precocemente a ocorrência de: <ul style="list-style-type: none"> - enfisema subcutâneo - sinais inflamatórios - fuga de ar - Prevenir contaminação - Vigiar o local do penso para despiste de hemorragia e de enfisema subcutâneo; - Prevenção da infeção - Durante a execução do penso, verificar se o dreno se moveu, o estado da pele em torno do dreno – sinais inflamatórios e ausência do enfisema subcutâneo - Prevenir o deslocamento acidental - Detetar precocemente complicações respiratórias - Detetar a existência de: <ul style="list-style-type: none"> - angulações - ansas pendentes - coágulos - fugas em todo o sistema de drenagem - Avaliar a permeabilidade do sistema de drenagem. A não oscilação pode indicar: <ul style="list-style-type: none"> - reexpansão do pulmão - o tubo está obstruído por coágulos e/ou fibrina - o tubo está dobrado - deslocação do dreno - Identificar a origem da fuga de ar no sistema (em caso de borbulhamento inesperado) - Prevenir a obstrução do sistema de drenagem - Não fazer por rotina, porque promove elevadas pressões no espaço pleural, podendo lesar o tecido pulmonar.

Ações de Enfermagem	Justificação
<p>torácica);</p> <p>20. 19 a 22, Acções iguais a 1.1.</p> <p>21. 24, Ação igual a 1.1.</p> <p>22. Clampar o dreno com dois “clamps” em sentido inverso imediatamente antes da substituição do recipiente ou desconexão accidental de qualquer conexão;</p> <p>23. Trocar o recipiente sempre que o sistema estiver danificado ou quando o volume de colheita atingir a capacidade máxima;</p> <p>24. Em caso de desconexão accidental, reconectar imediatamente o dreno e pedir ao cliente para tossir;</p> <p>25. Em caso de remoção accidental do tubo, aplicar gaze vaselinada e chamar o médico;</p> <p>26. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>27. Higienização das mãos;</p> <p>28. Observar e registar periodicamente as características da drenagem, tendo em consideração a quantidade e o tipo de drenado, se esta se encontra ou não oscilante, ou borbulhante, bem como as características da região envolvente ao local de inserção do dreno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar complicações decorrentes da quebra do circuito fechado - A dupla clampagem destina-se a aumentar a segurança do procedimento; se um clampe se abre, o outro evitará a entrada de ar na cavidade pleural. Um aspeto a ter em linha de conta é a necessidade de as pontas dos clampes estarem protegidas por peças de borracha, para que não ocorram cortes no tubo de drenagem. - Garantir o adequado funcionamento do sistema de drenagem torácica, mantendo a função terapêutico da mesma - O aumento da pressão intrapleural durante a tosse ajuda a expelir o ar que pode ter sido sugado quando o dreno foi desconectado - Evitar o agravamento e/ou formação de um pneumotorax - Manter o ambiente arrumado - Evitar acidentes e contaminação - Divulgar a informação por toda a equipa - Facilitar a avaliação da evolução da situação do doente - Despistar complicações
1.3 - Transporte do Cliente com Dreno Torácico	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de iniciar o transporte do doente, deve-se interpor a válvula de Heimlich entre o cateter torácico e o frasco coletor; 2. O frasco deve estar sempre adequadamente fixo à cama ou a maca; 3. Manter o sistema de drenagem sempre abaixo do nível do tórax e em posição vertical; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a segurança no transporte do cliente com drenagem torácica, dado que esta válvula possibilita a passagem de ar e/ou dos fluidos do tórax para o frasco coletor, mas não o seu retrocesso - Evitar acidentes e complicações decorrentes da queda do selo de água - Prevenir complicações - Em caso de ser absolutamente necessário elevar o frasco a nível do nível do tórax, este deve ser clampado pelo menor tempo possível, devendo o mesmo ser

Ações de Enfermagem	Justificação
4. Confirmar a permeabilidade do sistema de drenagem; 5. Não manter o tubo do paciente clampado durante o transporte; 6. Vigiar o estado do doente.	desclampado ao mínimo sinal de dificuldade respiratória – Prevenir complicações, despistando possíveis fugas de ar e/ou oclusões no sistema de drenagem resultantes de angulações, ansas pendentes e coágulos – Impedir o aumento da pressão intratorácica – Despistar complicações
1.4 - Fase de Remoção	
1. Vigiar frequentemente o cliente e o sistema de drenagem; 2. Higienização das mãos; 3. Explicar ao cliente o procedimento que vai ser realizado e disponibilizar-se para esclarecer eventuais dúvidas; 4. Reunir o material necessário: - Campo estéril, - Lamina de bisturi, - Cuvetes - Pinças - Solução desinfetante - Luvas lipas - Luvas esterilizadas - Sedas de sutura (se necessário) - Compressas esterilizadas - Adesivo hipoalérgico - Clampes de drenos 5. Lavar as mãos; 6. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se em decúbito dorsal e elevar o braço do lado do dreno; 7. Calçar luvas limpas e retirar o penso do dreno torácico; 8. Colaborar com o médico na execução da técnica; 9. Pedir ao cliente que para respirar fundo e sustar a respiração em inspiração máxima, sendo no momento de apneia que se retira o	– Identificar sinais que indiquem a necessidade de remover o dreno – Como com qualquer outro dreno ou procedimento invasivo, a drenagem só deve permanecer o tempo suficiente para drenar todo o ar ou líquido existente na cavidade pleural. – Prevenir a contaminação – Diminuir a ansiedade do cliente – Obter o seu consentimento livre e esclarecido e a sua colaboração – Encorajar e promover o auto cuidado – Gerir o tempo – Facilitar o procedimento – Prevenir a contaminação – Expôr o local de inserção do dreno – Diminuir os riscos de entrada de ar durante a retirada do dreno.

Ações de Enfermagem	Justificação
<p>dreno;</p> <p>10. Após a remoção do dreno, fazer penso compressivo (limpeza e desinfecção do antigo local do dreno e aplicação de um penso seco, estéril e oclusivo);</p> <p>11. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se numa posição confortável;</p> <p>12. Vigiar dor e em caso de dor, administrar analgesia;</p> <p>13. Vigiar sinais de enfisema subcutâneo e dificuldade respiratória;</p> <p>14. Assegurar a recolha e lavagem do material;</p> <p>15. Higienização das mãos;</p> <p>16. Fazer registos de enfermagem;</p>	<p>– Prevenção da infeção</p> <p>– Promover o conforto</p> <p>– Promover o conforto</p> <p>– Despistar complicações</p> <p>– Manter o ambiente arrumado</p> <p>– Evitar acidentes e contaminação</p>

Elaboração:	Revisão:	Ratificação:
<p>Enfermeira Ana Rita Sousa</p> <p>Co-autoria: Enf. Rui Sousa Prof. Filipa Veludo</p>		

APÊNDICE II

GRELHA DE AUDITORIA AO PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM: DRENAGEM TORÁCICA

Grelha de Auditoria

“Manuseamento do Sistema de Drenagem Torácica Atrium Ocean”

Data da observação:

<i>Pessoa em situação de avaliação</i> <i>Aspetos a observar</i>														
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. PREPARAÇÃO DO SISTEMA														
1.1. Encher o selo de água														
– Conecta o funil ao tubo do sistema de DT														
– Insere água até à linha de enchimento (2cm)														
– Em caso de água em excesso, retira usando seringa com agulha 18g, através do porto														
1.2. Encher a câmara de controlo de aspiração														
– Remove a tampa de entrada de ar e enche a câmara de controlo de aspiração com água até ao nível de aspiração pretendido														
1.3. Conectar ao cliente														
– Liga o sistema de DT ao dreno torácico do paciente														
1.4. Aplicar vácuo														
– Conecta a DT ao paciente antes de iniciar a aspiração														
– Conecta o tubo vindo da fonte de vácuo directamente a torneira de controlo de aspiração														
– Aplica o vácuo, aumentando progressivamente a pressão, até obter um borbulhar suave e estável na câmara de controlo de aspiração														

<i>Pessoa em situação de avaliação</i>														
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.5. Torneira de aspiração														
– Abre a torneira de controlo de aspiração no modo de drenagem activa ou passiva														
1.6. Porta de aspiração														
– Abre a porta de aspiração aquando da aspiração														
– Mantêm fechada a porta de aspiração na ausência de aspiração														
2. FUNCIONAMENTO DO SISTEMA														
2.1. Bolhas de ar														
– Identifica que a existência de bolhas de ar, na janela de monitorização, confirma a existência de fuga de ar no paciente														
2.2. Válvula de alta negatividade														
– Identifica que a válvula está no topo do sistema, por cima da câmara do selo de água														
– Pressiona a válvula para baixar a altura da coluna do selo de água ou para baixar a pressão do vácuo, quando o paciente se encontra em aspiração contínua														
2.3. Substituição do Sistema de Drenagem														
– Clampa o dreno torácico, antes da substituição do sistema de DT														
2.4. Desconexão do sistema														
– Clampa imediatamente o dreno torácico														

<i>Pessoa em situação de avaliação</i>														
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
– Pede ao doente para tossir.														
2.5. Transporte do doente														
– Conecta uma extremidade da válvula de Heimlich ao dreno torácico do paciente e a outra ao tubo do sistema de DT														
– Não clampa o tubo de DT aquando do transporte														

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO APLICADO NO SU

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Encontro-me a frequentar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estando a realizar a Unidade Curricular Estágio-Módulo Urgência na Urgência Geral deste Centro Hospitalar.

Tendo em conta a inexistência de uma norma institucional relativa aos cuidados à pessoa com Drenagem Torácica subaquática, propus-me a elaborar a mesma e neste sentido, parece-me pertinente indagar: quais as vossas dúvidas ou curiosidades face a este procedimento?

Com a introdução do novo sistema de drenagem torácica, levantou-se a necessidade de realizar formação relativa ao manuseamento do mesmo. Conhecem este novo sistema? Que questões têm face ao seu manuseamento?

No sentido de que a sessão planeada consiga responder as vossas necessidades e que possa ser realizada brevemente, dado que os novos sistemas de drenagem serão brevemente instituídos no serviço, agradecia que colocassem as vossas dúvidas até dia 27 de Maio.



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION

Grata pela vossa colaboração.

Ana Rita Sousa

Co-autoria:

Enf. Rui Sousa

Prof. Filipa Veludo

APÊNDICE IV

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA - NECESSIDADES DE
FORMAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA – NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

O Procedimento de colocação de drenagem torácica [DT] é muito frequente no serviço de urgência. A colocação do dreno torácico é da responsabilidade do médico, tendo a equipa de enfermagem um papel importante na manipulação e manutenção do mesmo. Deste modo, dotar os profissionais de enfermagem de conhecimentos que permitam uma prática baseada na evidência é indispensável.

Considerando que a formação em serviço se constitui como uma ferramenta para o desenvolvimento pessoal e profissional, mediante a introdução de um novo sistema de DT, elevado consumo de kits de DT e ausência de um procedimento de enfermagem na instituição relativo à temática, intuiu-se a necessidade de desenvolver uma sessão formativa sobre o tema. O presente estudo tem como principal objetivo conhecer quais são as necessidades formativas da equipa de enfermagem face aos cuidados de enfermagem à pessoa com DT. Usando um estudo qualitativo, operacionalizado através da aplicação de um questionário aberto aos elementos da equipa de enfermagem, podemos concluir que as principais necessidades formativas da equipa centram-se no funcionamento do novo sistema de DT, cuidados de enfermagem aquando do transporte da pessoa com este mesmo sistema, obstrução do sistema de DT, indicações para o uso de clampes e realização do penso de proteção do local de inserção do Dreno Torácico.

Ana Sousa

*Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
anaritasousa00@gmail.com*

Filipa Veludo

*Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Tutora de Estágio
fveludo@ics.lisboa.ucp.pt*

INTRODUÇÃO

O procedimento de colocação de drenagem torácica é frequente no serviço de urgência.

A drenagem torácica [DT] é um sistema que, mediante a colocação de um dreno tubular na cavidade pleural ou mediastínica usando técnica asséptica, tem como objetivos: manter ou restabelecer a pressão negativa do espaço pleural, através da remoção de ar, líquidos e sólidos do espaço pleural ou mediastino; promover a expansão pulmonar e a normal dinâmica ventilatória e prevenir o colapso do pulmão não afetado. Este sistema está indicado em situações de pneumotórax, hemotórax, derrame pleural, cirurgia cardíaca e torácica⁽¹⁻⁴⁾.

Embora a inserção do dreno torácico seja da responsabilidade da equipa médica, muitos aspetos relativos à manutenção e manipulação do dreno são da responsabilidade da equipa de enfermagem. A incorreta manipulação do dreno pode trazer complicações que se expressam no aumento da morbidade e, conseqüentemente,

prolongamento da hospitalização; quanto maior o conhecimento e habilidade do enfermeiro para manipular o dreno, menor a probabilidade de ocorrer complicações ^(5,6). Nesta perspetiva, é muito importante que o cuidado à pessoa com drenagem torácica seja baseado em evidência científica a fim de prevenir potenciais complicações e promover a segurança do cliente ^(7,8).

Analisando dados estatísticos de um hospital da região centro-sul do país, observa-se que o número de pessoas com situações de perturbação respiratória, das quais se excluem a infeção, bronquite e asma, representam a maior percentagem dos atendimentos realizados nos últimos anos e que é elevado o número de kits de drenagem torácica consumido (dados privados não autorizados para divulgação pública). A introdução de um novo sistema de drenagem torácica fez querer aos responsáveis do serviço a necessidade de planear formação relativa à temática.

A formação em serviço assume-se como uma ferramenta para desenvolvimento pessoal e profissional do profissional, assim como das organizações, ajudando-os também a adaptarem-se às inovações que advêm de um mundo em constante mudança ⁽⁹⁾. A motivação dos trabalhadores em relação à formação profissional é um elemento crucial para a sua decisão de participação, para a disponibilidade em refletir sobre a prática e desenvolver novas competências, sabendo-se que profissionais motivados são também os que mais realizam uma prática baseada na evidência ^(10,11,12).

Surge então este estudo, considerando que o conhecimento das necessidades dos profissionais poderá contribuir para os motivar na adesão à formação ⁽⁹⁾.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo tem como principal objetivo conhecer quais são as necessidades formativas da equipa de enfermagem face aos cuidados de

enfermagem à pessoa com drenagem torácica [DT].

Procurando aumentar o conhecimento relativo à temática, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as necessidades formativas face aos cuidados de enfermagem à pessoa com DT;
- Aferir se a equipa conhece o novo sistema de DT.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo qualitativo, uma vez que o objetivo principal é conhecer quais as necessidades de formação que a equipa de enfermagem tem face aos cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica e manuseamento do novo sistema de DT da “atrium ocean”.

Como critérios de seleção da amostra, elegemos toda a equipa de enfermagem e, como critérios de exclusão, todos os enfermeiros ausentes no serviço no período de 1 a 30 de maio de 2012. Podemos dizer que a amostragem foi acidental, sendo formada pelos profissionais presentes no período de aplicação do questionário ⁽¹³⁾.

Tendo como objetivo estudar as opiniões e perceções de um grande número de sujeitos, optei por utilizar o questionário, como instrumento de recolha de dados. A ordem idêntica das questões para todos os sujeitos e as mesmas diretrizes permite-nos assegurar a uniformidade, a fidelidade e facilitar comparações entre sujeitos, além de que, o instrumento utilizado garante o anonimato das respostas, promovendo uma expressão livre das opiniões que considerem mais pessoais ⁽¹³⁾. O questionário adotado insere-se na classificação dos questionários de questões abertas, sendo usado com o intuito de colher a opinião da amostra ⁽¹³⁾. Terminada a primeira redação do

questionário, submeti-o à discussão e à crítica de peritos.

Procurando explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o seu significado por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência os emissores, o contexto e/ou os efeitos da mensagem, optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Bardin para estudar as respostas dadas às questões abertas ⁽¹⁴⁾. As respostas dadas foram categorizadas segundo o objeto em estudo e o conhecimento que se pretendia obter ⁽¹⁴⁾. A categorização teve por base a informação extraída da pesquisa anteriormente realizada. Para as respostas à 1ª questão, relativa às dúvidas face aos cuidados de enfermagem à pessoa com DT, foram estabelecidas as seguintes categorias: obstrução do sistema de DT; penso de proteção do local de inserção do dreno torácico; transporte da pessoa com DT e uso de clampes. Com base nas categorias estabelecidas vamos procurar extrair conhecimentos que forneçam contributos para o planeamento da sessão formativa a ministrar a equipa de enfermagem

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Recolheram-se apenas 13 respostas, apesar de termos protelado várias vezes o prazo limite de entrega dos questionários e de se terem introduzido várias estratégias para obter maior adesão ao estudo.

Na análise da primeira questão, nas categorias “obstrução do sistema de drenagem torácica” e “uso de clampes” conclui-se que ambas obtiveram o mesmo número de respostas (6). A categoria “penso de proteção do local de inserção do Dreno Torácico”, foi aquela onde os inquiridos revelaram menos dúvidas (23%), sendo que o tema onde se observa maior necessidade de formação é no transporte da pessoa com DT (85%) (Tabela 1).

Necessidades de Formação (categorias)	Nº de respostas	%
Penso de proteção	3	23
Uso de clampes	6	46
Obstrução do sistema de DT	6	46
Transporte da pessoa com DT	11	85

Tabela 1 - Opinião dos profissionais do SU acerca das necessidades formativas relacionadas com os cuidados de enfermagem à pessoa com DT

Perante a questão relativa ao conhecimento do novo sistema de DT, sistema da “Atrium Ocean”, 100% da amostra refere nunca ter tido contato com o mesmo.

CONCLUSÃO

O presente estudo, embora com uma amostra pouco significativa (22%), permite-nos intuir acerca das principais necessidades de formação da equipa de enfermagem face aos cuidados de enfermagem à pessoa com DT. Na opinião da equipa de enfermagem, as maiores necessidades de formação centram-se ao nível dos cuidados de enfermagem aquando do transporte da pessoa com DT, estando inerente o esclarecimento de dúvidas acerca da válvula de transporte; estratégias para prevenir a obstrução do dreno torácico; indicações para o uso dos clampes e orientações para a realização do penso do local de inserção do dreno torácico. Quanto ao novo sistema de DT, não restam dúvidas quanto à necessidade de incluir o tema nos conteúdos programáticos da sessão formativa a desenvolver no serviço de urgência.

Bibliografia

1. D. NGO, Quan; MBBS, Vincent; A. DEANE, FRACS Stephen - **Drowning in Drainage**. Department of Surgery, Liverpool Hospital, 2004. ISBN 1 74079 046 4
2. MECK SHARP E DOTTME. **Manual Merck de Formação Médica: Edição ampliada e atualizada**. Editorial Ocean, 2008. ISBN: 978-972-8528-94-2.

3. MIMS, Barbar, et al. – **Chest Tubes. In Critical Care Skills: A clinical Handbook.** 2ª edição. Elsevier, 2004. ISBN: 0-7216-0085-9. Pg. 3-20.
4. SHEEHY'S, Susan. – **Enfermagem de urgência: Da teoria à prática.** 4ª edição. Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9.
5. SMITHE-TEMPLE, Jean, JOHSON, Jouce – **Guia para procedimentos de enfermagem.** 4ª edição. Artmed Editora. Porto Alegre, 2004. ISBN: 85-363-0354-9
6. SWEARINGEN, Palmela L., KEEAN, Janet Hicks - **Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes.** 4ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-52-5.
7. LEHWALGT, D., TIMMINS, F. - Nurses' knowledge of chest drain care: an exploratory descriptive survey. **Nurs Critical Care.** [Em Linha]. 10, (2005):192-200.
8. LEHWALGT, D., TIMMINS, F.- The need for nurses to have in service education to provide the best care for clients with chest drains. **J. Nurs Management.** [Em Linha]. 15, (2007):142-148.
9. GUERRA, Maria - **Formação Profissional dos Enfermeiros – Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Ações de Formação em Serviço.** Vila Real: Universidade de Trás -os -Montes e Alto Douro, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19983>.
10. MATHIEU, J.; MARTINEAU, J. e TANNENBAUM, S. - Individual and Situational influences on the development of self-efficacy: implications for training effectiveness, Personnel. **Psychology.** [Em Linha]. 46 (1993): 125-147. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6570.1993.tb00870.x/abstract>.
11. GOLDSTEIN, I. e GESSNER, J. Training and development in work organizations. **International Review of Industrial and Organizational Psychology.** [Em Linha]. 1998: 43-72.
12. TANNENBAUM, S.; MATHIEU, J.; SALAS, E. - Meeting trainees' expectations: the influence of training fulfillment on the development of commitment, self-efficacy, and motivation. **Journal of Applied Psychology.** [Em Linha]. 76, (1991): 759-769.
13. FORTIN, Marrie – **O processo de investigação: da conceção à realização.** 5ª ed. Loures: Lusociência, (2009). ISBN: 978-972-8383-10-7.
14. BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, (1997).

APÊNDICE V

PLANO DA SESSÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA”

PLANO DA SESSÃO

TEMA DA SESSÃO: “Cuidados de enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica”

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Urgência (SU) Geral da instituição X.

DURAÇÃO DA SESSÃO: Serão realizadas 3 sessões de 1h cada.

DATAS DE REALIZAÇÃO: 11, 12 e 13 de Junho de 2012, das 14.30h às 15.30h.

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Sala de Sessões do S.U. da instituição X.

EQUIPA PEDAGÓGICA: Enf. Ana Sousa e Sara Lopes (representante do Lab. Atrium), com co-autoria do Enf. Rui Sousa e Professora Filipa Veludo

I. OBJETIVO

No final desta sessão os formandos deveram ser capazes de:

- Prestar cuidados de enfermagem cuidados de enfermagem a doentes com drenagem torácica;
- Conhecer e manipular adequadamente o sistema de Drenagem Torácica “Ocean”.

II. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Ventilação: Fisiologia da Respiração
- Drenagem Torácica
 - Indicações para colocação de Drenagem Torácica
 - Tipo de Drenagem Torácica
 - Funcionamento da Drenagens Torácicas
 - Cuidados de Enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica
 - Manutenção da DT
 - Realização do penso

- Transporte do doente com DT
- Sistema de Drenagem Torácica sub-aquática “Ocean”
 - Composição
 - Funcionamento
 - Sistema de Vácuo

III.METODOLOGIA

Pretende-se uma participação efetiva de todos os participantes e a verificação da aquisição dos conhecimentos em contexto real. Deste modo, a metodologia escolhida para abordagem dos conteúdos programáticos passa por métodos e técnicas pedagógicas diversificadas, de forma a facilitar a assimilação das informações pelo formando, a saber: método expositivo, método demonstrativo, método interrogativo e método activo. Serão exploradas técnicas como: *brainstorming*, exposição, perguntas, demonstração, e jogo pedagógico.

❖ RECURSOS DIDÁTICOS

- Recursos a utilizar:
 - Computador e projetor multimédia;
 - Sistemas de Drenagem Torácica Ocean;
 - Água destilada;
 - Clampes;
 - Seringa e agulha nº 19 e nº20 (para colheitas e remoção do excesso de água)
 - Válvula de Heimlich.

❖ AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO:

No final da sessão será aplicado um questionário de satisfação do formando.

APÊNDICE VI
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO:
“CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA”**

PROGRAMA DA AÇÃO					
		1	2	3	4
Objetivos da ação	<i>Confusos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito claros</i>
Conteúdo da ação	<i>Inadequado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Completamente adequado</i>
FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
		1	2	3	4
Relacionamento entre os participantes	<i>Fechado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito Aberto</i>
Instalações	<i>Más</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Excelentes</i>
Meios audiovisuais	<i>Escassos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Excelentes</i>
Documentação	<i>Inadequada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Adequada na totalidade</i>
Utilização dos suportes	<i>Inadequada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito adequada</i>
QUALIDADE DA AÇÃO					
		1	2	3	4
Disponibilidade	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito Bom</i>
Conhecimento	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito Bom</i>
Clareza da exposição	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito Bom</i>
Esclarecimento de dúvidas	<i>Insuficiente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Muito Bom</i>
Aplicabilidade do tema ao contexto da prática	<i>Inaplicável</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Totalmente aplicável</i>
Motivação para a mudança na prática	<i>Ausente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Plena</i>

SUGESTÕES/CRÍTICAS

Aspetos mais positivos na ação:

Aspetos a melhorar:

Sugestões:

APÊNDICE VII

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA: AVALIAÇÃO DA
FORMAÇÃO**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Este artigo resulta da análise do questionário de avaliação da sessão “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Drenagem Torácica”, aplicados a todos os formandos de forma anónima. O questionário continha questões fechadas e abertas, que foram tratadas através de análise estatística descritiva. As questões abertas não passaram pelo processo de tratamento de dados porque não houve resposta às mesmas.

Resumidamente, a avaliação das sessões formativas é muito positiva, considerando-se como aspeto a melhorar as instalações onde foram ministradas as sessões.

Ana Sousa

*Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
anaritasousa00@gmail.com*

Filipa Veludo

*Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Tutora de Estágio
fveludo@ics.lisboa.ucp.pt*

INTRODUÇÃO

As rápidas mudanças tecnológicas e organizacionais no sector da saúde exigem dos seus profissionais uma crescente diferenciação e uma atualização constante dos seus saberes. A formação e crescente qualificação dos profissionais têm sido motor de mudanças significativas na autonomização da profissão, podendo ser uma das soluções para esta conjuntura ⁽¹⁾.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enunciado relativo à satisfação do cliente defende a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade ⁽²⁾.

A formação contínua visa promover a atualização, o aperfeiçoamento e a aquisição de novas competências, transferíveis para a prática diária, ao nível da prestação de cuidados com a pessoa em situação de saúde-doença e também, no sentido alargado da sua função, na conceção e elaboração de sessões de formação para os seus pares, no campo da investigação e do uso de novas abordagens e metodologias aplicadas a contextos diversificados ⁽³⁾.

Considerando o exposto e os resultados do diagnóstico de necessidades formativas da

equipa de enfermagem face aos cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica, foi definido um plano de formação, colocado em prática no mês de junho de 2012.

As sessões de formação foram dirigidas para a equipa de enfermagem do SU de uma instituição hospitalar da margem sul do país, tendo cada uma a duração de aproximadamente 1h. A equipa de formadores foi constituída por duas formadoras externas ao serviço: uma enfermeira da instituição que se encontrava a frequentar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estando a realizar a unidade curricular estágio-módulo urgência na urgência geral deste Centro Hospitalar e a responsável do laboratório Atrium pela distribuição do sistema de drenagem torácica na instituição.

A metodologia utilizada nas sessões de formação integrou técnicas e métodos diversificados, nomeadamente os métodos expositivo, interrogativo e demonstrativo, através da utilização de técnicas variadas como a exposição, a formulação de perguntas, entre outras.

A avaliação de qualquer sessão formativa é uma etapa indispensável e pretende-se que seja um processo muito mais abrangente do que a mera avaliação da satisfação dos formandos e dos seus conhecimentos. Esta demonstra a necessidade de realizar alterações nos procedimentos e condutas na prática clínica, possibilita a implementação de alterações na prática de cuidados com vista à sua melhoria, atesta a eficácia das estratégias adotadas na formação e recolhe informação para uma gestão mais eficiente dos recursos^(4,5).

No que concerne as sessões formativas dinamizadas no SU, o processo avaliativo decorreu no final de cada sessão, tendo sido aplicado aos formandos um questionário de opinião, de preenchimento voluntário e anónimo.

Optou-se por utilizar o questionário adotado pela instituição há vários anos; instrumento já

testado e a familiaridade dos formandos com o mesmo, facilita o seu preenchimento e confere maior fiabilidade aos dados recolhidos⁽⁶⁾.

Sabemos hoje que só os projetos centrados nas necessidades reais dos formandos, ou seja, aqueles reconhecidos como úteis para o contexto, são capazes de mobilizar e motivar os profissionais para a mudança⁽⁷⁾. A motivação é uma característica que condiciona o nível de aprendizagem, o desenvolvimento de novas competências e a realização de uma prática baseada na evidência^(8,9). Atendendo a estes fatos, pareceu-nos pertinente incluir dois novos itens no questionário da instituição: aplicabilidade do tema ao contexto da prática e motivação para a mudança na prática.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo tem como principal objetivo conhecer a opinião dos formandos sobre as ações de formação “Cuidados de enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica”.

Procurando aumentar o conhecimento relativo à temática, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os formandos;
- Analisar os dados referentes às categorias programa, funcionamento e qualidade da ação;
- Identificar os pontos fortes e aspetos a melhorar nas ações de formação.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo qualitativo, uma vez que o principal objetivo é conhecer qual a opinião que a equipa de enfermagem tem face às sessões formativas ministradas, com o tema “Cuidados de enfermagem à pessoa com drenagem torácica”⁽¹⁰⁾.

Como critérios de seleção da amostra, elegemos todos os formandos, como critérios de exclusão, todos os enfermeiros ausentes do serviço no período de 11 a 13 de junho de 2012.

Utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados, porque o mesmo permite estudar as opiniões e perceções de um grande número de sujeitos ⁽¹⁰⁾.

O questionário adotado insere-se na classificação dos questionários mistos, contendo questões fechadas e questões abertas com intuito de colher a opinião da amostra. Para medir as opiniões dos formandos face ao programa, funcionamento e qualidade da ação, foram utilizadas escalas do tipo de Likert ⁽¹⁰⁾.

O instrumento de recolha de dados, depois de redigido, foi submetido à discussão e à crítica de peritos.

Considerando a existência de um questionário misto, usaram-se duas técnicas para a análise dos dados, a saber, estatística descritiva, para análise das respostas às questões fechadas e a técnica de análise de conteúdo de Bardin, para o tratamento de dados das respostas às questões abertas ^(10,11).

Através da análise dos dados, pretende-se extrair contributos para a melhoria de futuras ações de formação.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 59 elementos da equipa de enfermagem, participaram 35, estando presentes a enfermeira chefe, enfermeira responsável pela formação em serviço, a enfermeira elo de ligação para CCI e 7 chefes de equipa e segundos elementos, sendo o total deste de 13 elementos.

Quanto à avaliação do programa da sessão, pretendia-se saber a opinião dos formandos relativamente aos objetivos e conteúdos da ação. Neste sentido, no Gráfico 1 podemos observar que a maioria da amostra inquirida classificou ambos os itens de “Muito Bom, respetivamente, 77% para os objetivos e 80% para o conteúdo da ação.

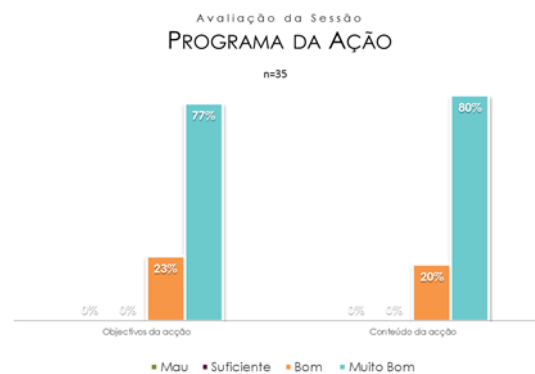


Gráfico 1 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – programa da ação

A análise das respostas referentes ao item “funcionamento da ação”, fornece-nos benefícios para avaliar o relacionamento entre os participantes, instalações, meios audiovisuais, documentação e utilização dos suportes.

O relacionamento entre os participantes foi avaliado por 77% dos formandos com “Muito Bom”, por 17% com “Bom” e por 6% com “Suficiente”.

O local escolhido para a dinamização da sessão foi o único existente para o efeito no SU, sendo este classificado por 57% dos presentes como “Bom”, por 23% como “Muito Bom” e pela minoria, 20%, de “Suficiente”.

Quanto aos meios audiovisuais utilizados volta a predominar a classificação de “Bom” (63%), seguindo-se o “Muito Bom” com 34% e o “Suficiente” com 3%.

Relativamente à documentação utilizada, podemos observar no

Gráfico 2, que 54% dos formandos considera que foi “Muito Bom”, 40% “Bom” e 6% “Suficiente”.

Para finalizar o item “funcionamento da ação” falta analisar a opinião dos enfermeiros face a utilização dos suportes. Os suportes utilizados foram maioritariamente os audiovisuais, complementando a apresentação digital com materiais úteis para a demonstração

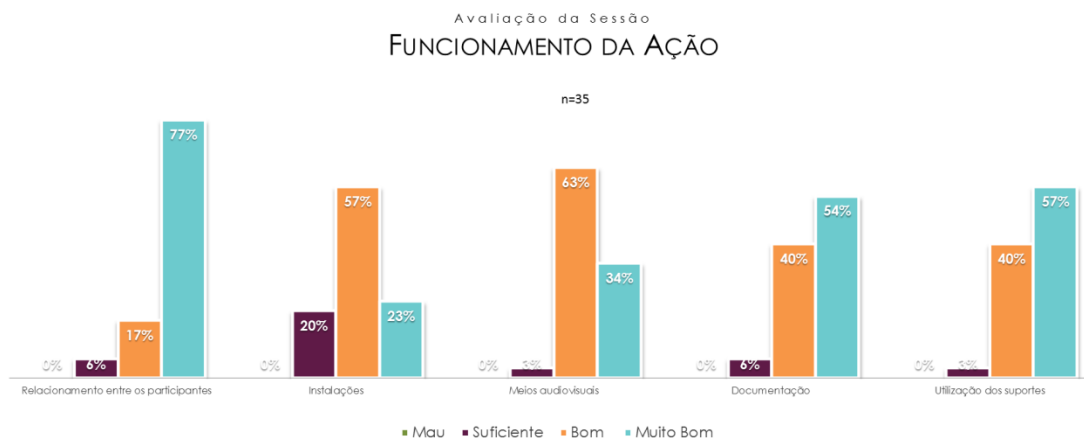


Gráfico 2 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – funcionamento da ação

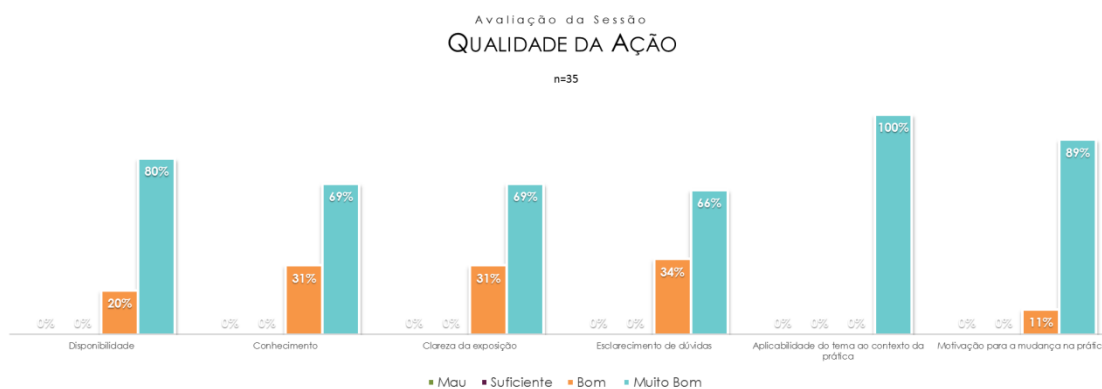


Gráfico 3 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – qualidade da ação

do funcionamento do novo sistema de drenagem a implementar no serviço e cuidados de enfermagem à pessoa com DT. Estes suportes foram classificados por 54% dos formandos de “Muito Bom”, para 40% de “Bom” e para 6% de “Suficiente”.

Na avaliação da “qualidade da sessão”, podemos obter dados referentes à disponibilidade, conhecimentos, clareza da exposição, esclarecimento de dúvidas, aplicabilidade do tema ao contexto da prática e motivação para a mudança na prática (Gráfico 3).

A maioria dos inquiridos classificou a disponibilidade dos formadores como “Muito Bom”, 80%. Face aos conhecimentos destes, 69% avaliou como “Muito Bom” e 31% de “Bom”. Para 69% dos enfermeiros que participaram nas sessões formativas, a clareza da exposição foi considerada “Muito Bom” e para

31% “Bom”. No item esclarecimento de dúvidas, 66% dos inquiridos considera “Muito Bom” e 34% “Bom”.

Todos os intervenientes na sessão consideraram o tema aplicável à prática e 89% referiram motivação plena para a mudança.

A análise das questões abertas não foi realizada, porque nenhum dos formandos respondeu às mesmas, o que prejudica a análise sobre os pontos fortes e aspetos a melhorar no futuro.

CONCLUSÃO

O presente estudo, contou com a participação de 59% dos enfermeiros do serviço de urgência, dos quais 29% apresenta formação graduada.

Da análise dos dados podemos concluir que a apreciação global é “Muito Bom”.

Na opinião da equipa de enfermagem, os objetivos e conteúdo da formação são adequados às necessidades da equipa.

Relativamente ao funcionamento da sessão, denota-se a necessidade de investir na melhoria da mesma, embora a maioria dos inquiridos tenha classificado como “Bom” e “Muito Bom”.

Na categoria “qualidade da ação”, nos aspetos referentes aos formadores (disponibilidade, conhecimento, clareza da exposição e esclarecimento de dúvidas), os formandos classificaram como “Muito Bom” e “Bom”.

A globalidade da amostra inquirida considera o tema totalmente aplicável à prática e refere motivação plena para a mudança.

Como aspetos a melhorar em futuras formações neste contexto, talvez seja a qualidade das instalações, dentro da instituição para realizar as sessões de formação. Quanto à documentação utilizada, no final da sessão foram informados de que a mesma ficava num dossier próprio para que todos pudessem consultar, pelo que, como sugestão de melhoria, poder-se-ia passar esse dossier no término da ação para que todos pudessem ter contato com o mesmo. Atentando aos 6% que expressaram a necessidade em investir na relação entre os participantes, em caso de as sessões serem mais longas, esta poderia ser reforçada através de mais momentos de partilha de experiências e aproveitando os momentos de pausa para café para investir no relacionamento entre o formador e os formandos.

A questão da melhoria dos meios audiovisuais prende-se com a mudança de instalações, uma vez que a dimensão reduzida da sala e o excesso de claridade dificulta o visionamento da apresentação.

No sentido de evitar-se os tempos mortos e colmatar a insatisfação face à utilização dos suportes, poder-se-ia arranjar mais exemplares do sistema de drenagem e outros materiais

utilizados na prestação de cuidados para que todos o pudessem manipular ao mesmo tempo.

No termo deste artigo, conclui-se que as sessões formativas ministradas foram adequadas às necessidades dos formandos, esperando ter fornecido subsídios para a melhoria das práticas clínicas e de futuras ações de formação.

Bibliografia

1. GUERRA, Maria - Formação Profissional dos Enfermeiros – **Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Ações de Formação em Serviço**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19983>.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. 2001. [Em Linha]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/
3. ROMÃO, A.; FERNANDES, A.; RAFAEL, J. - **Técnicas de Avaliação na Formação**. Edição Instituto do Emprego e Formação Profissional. [Em Linha]. 2004. Disponível em: <http://www.iefp.pt/>
4. NASCIMENTO, Filipe; SILVA, Jullyana- **Avaliação: o que é e qual sua importância?** Enciclopédia Biosfera. 5, (2008). ISSN 1809-05831
5. MENDES, Sofia - Avaliação da Formação: Uma Constante Necessária. Sinfic SA. [Em Linha]. 2008. [Consult. 20/3/2013]. Disponível em: <http://www.sinfic.pt/SinficWeb/displayconteudo.do?numero=24933>
6. MORON, Marie – **Conceção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. Porto Alegre, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, 1998. [Em Linha]. Dissertação de Mestrado em Administração de empresas, opção sistemas.
7. LIMA, Suzinara; ERDMANN, - **A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência**. Acta Paulista de Enfermagem. [Em Linha]. 19 (2006):271-278.
8. GOLDSTEIN, I. e GESSNER, J. Training and development in work organizations. **International Review of Industrial and Organizational Psychology**. [Em Linha]. 1998: 43-72.

9. TANNENBAUM, S.; MATHIEU, J.; SALAS, E. - Meeting trainees' expectations: the influence of training fulfillment on the development of commitment, self-efficacy, and motivation. **Journal of Applied Psychology**. [Em Linha]. 76, (1991): 759-769.
10. FORTIN, Marrie – **O processo de investigação: da conceção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, (2009). ISBN: 978-972-8383-10-7.
11. BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, (1997)

APÊNDICE VIII

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO: “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DRENAGEM TORÁCICA”

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO:
“CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DRENAGEM TORÁCICA”

DIAPOSITIVO 1

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados de Enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica



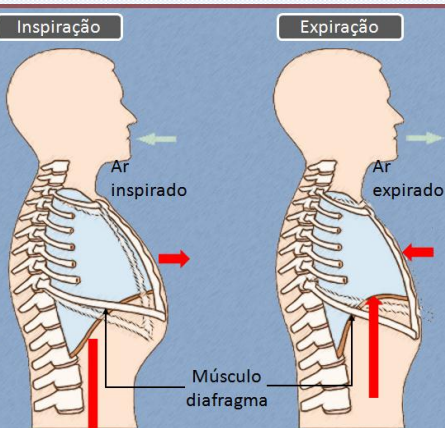
Enf. Ana Rita Sousa
Co-autoria:
Enf Rui Sousa
Prof. Filipa Veludo

Serviço de Urgência HSB
Junho 2012

Fonte imagem: SURGICAL TUTOR

DIAPOSITIVO 2

VENTILAÇÃO: Fisiologia da respiração



Inspiração

O diafragma contrai-se e baixa; os músculos intercostais contraem e elevam as costelas; o volume da caixa torácica aumenta.

Os pulmões distendem-se.

A pressão dentro dos pulmões diminui relativamente à pressão atmosférica.

O ar atmosférico entra nas vias respiratórias e chega nos pulmões.

Ar inspirado

Músculo diafragma

Expiração

O diafragma relaxa e se eleva; os músculos intercostais relaxam e baixam as costelas; o volume da caixa torácica diminui.

Os pulmões contraem-se.

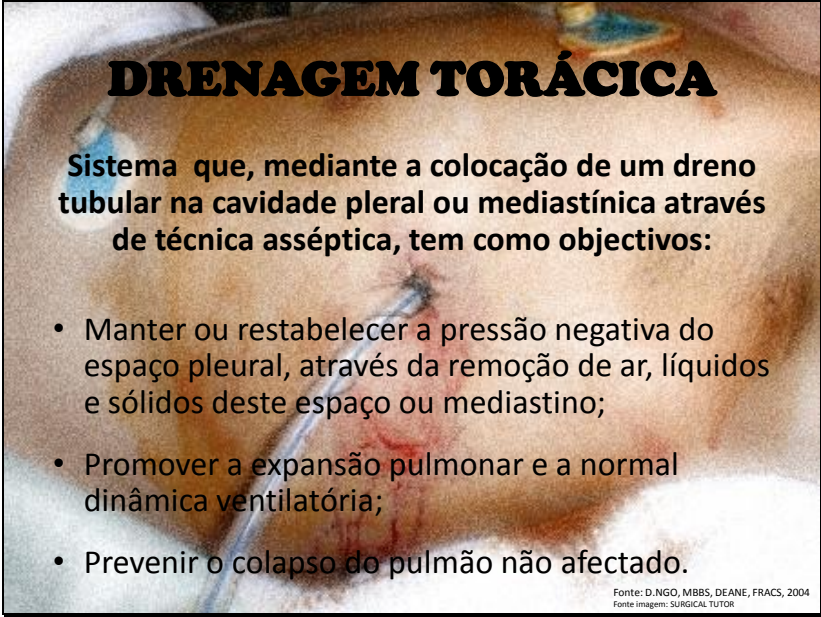
A pressão dentro dos pulmões aumenta relativamente à pressão atmosférica.

O ar que se encontra nos pulmões sai para o exterior, passando pelas vias respiratórias.

Ar expirado

Fonte: HARRISON, 2002; MECK SHARP, DOTIME, 2008
Fonte imagem: NUNES

DIAPOSITIVO 3



DRENAGEM TORÁCICA

Sistema que, mediante a colocação de um dreno tubular na cavidade pleral ou mediastínica através de técnica asséptica, tem como objectivos:

- Manter ou restabelecer a pressão negativa do espaço pleural, através da remoção de ar, líquidos e sólidos deste espaço ou mediastino;
- Promover a expansão pulmonar e a normal dinâmica ventilatória;
- Prevenir o colapso do pulmão não afectado.

Fonte: D.NGO, MBBS, DEANE, FRACS, 2004
Fonte imagem: SURGICAL TUTOR

DIAPOSITIVO 4



Indicação para colocação de DT

- **Pneumotórax** (traumático, espontâneo)
- **Derrame pleural** (quilotoráx, empiema)
- **Hemotórax**
- **Hemopneumotórax**
- **Cirurgia cardíaca**
- **Cirurgia Torácica**

Fonte: SHEEHY'S, 2001; MIMS, et al., 2004.
Fonte imagem: Radiolmama

DIAPOSITIVO 5

Tipos de Drenagens Torácicas

Drenagem Passiva



Fonte imagem: WIKIPÉDIA, 2012

Drenagem activa



Fonte imagem: ATRUM MEDICAL CORPORATION

Fonte: SHEEHY'S, 2001; SWEARINGEN, KEAN, 2003; SMITHE-TEMPLE, JOHSON, 2004.

DIAPOSITIVO 6

Cuidados de Enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica



Fonte: Imagem: GEISA
Fonte: LEHWALGT, TIMMINS, 2007.

SIM

- Sistema de DT colocado abaixo do nível do Tórax
- Tem um suporte
- Tubuladuras livres sem angulações
- Penso de protecção

NÃO

- Suporte não é adequado
 - Sistema clampado
- Penso de protecção não garante estabilidade do tubo
- Ausência de válvula de transporte

DIAPOSITIVO 7


Cuidados de Enfermagem à pessoa com Drenagem Torácica

- Vigiar e manter a **permeabilidade** do sistema;
- Incentivar o cliente a fazer alternância de decúbitos com frequência
- “Mugir” o tubo na direcção do sistema de drenagem, se existência de coágulos e/ou fibrina;
- Trocar o recipiente sempre que o sistema estiver danificado ou quando o volume de colheita atingir a capacidade máxima;
- Se desconexão acidental, clampar imediatamente o tubo e pedir ao cliente para tossir;
- Em caso de remoção acidental do tubo, aplicar gaze vaselinada e chamar médico.

Fonte imagem: GEISA
Fonte: SHEEHY'S, 2001; SWEARINGEN, KEÉAN, 2008; SMITHE-TEMPLE, JOHSON, 2004.; EHWALGT, TIMMINS, 2007.

DIAPOSITIVO 8

Sistema de DT Atrium “Ocean”



The image shows the Atrium Ocean Water Seal Chest Drain system. It consists of a vertical graduated scale with two columns of markings (left and right) and four chambers labeled A, B, C, and D. Chamber A is the suction control chamber, B is the water seal chamber, C is the air leak detector, and D is the drainage chamber. The scale has markings from 1000 to 2000 on the left and 10 to 220 on the right.

Identificação da Câmaras :

- A = Câmara de Controlo de Aspiração
- B = Câmara de Selo de Água
- C = Monitor de Fugas Aéreas
- D = Câmara de Drenagem

Fonte imagem: ATRIUM MEDICAL CORPORATION

DIAPOSITIVO 9

Funções das Câmaras

- **Câmara de Drenagem:** recolhe os fluídos drenados (capacidade até 2000ml);
- **Câmara de Selo de Água:** Efeito de válvula unidireccional. A escala e flutuação da pequena bola no tubo permitem a medição da pressão intratorácica do paciente;
- **Câmara de Control de Aspiração:** o vácuo ajuda a aumentar o fluxo de ar e fluídos do paciente. Esta câmara tem um *vent* atmosferico e com a colocação do volume de água correspondente ao nível de vácuo a aplicar (calibrada em cm H₂O ate max de 25cmH₂O) determina o nível de aspiração imposto ao paciente quando ligado a fonte.
- **Monitor de Fugas de Ar :** janela que permite monitorizar a existência de fuga de ar na pleura com a existência de borbulhar



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004.

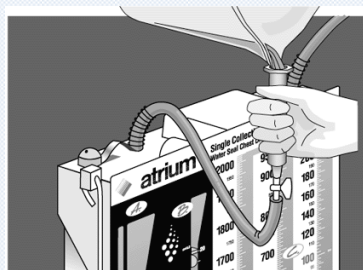
DIAPOSITIVO 10

PREPARAÇÃO

Precisamos 500cc soro/água esteril

Passo 1: Encher o Selo de Água

- Usar o funil ja conectado e calibrado
- Segurar no funil formando um vinco no tubo e encher até ao topo
- Retirar o funil
- Manter sempre a torneira aberta



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004.

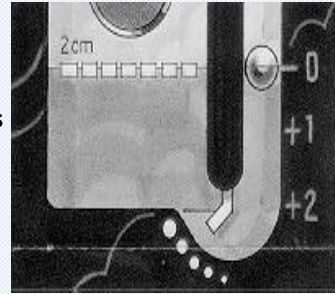
DIAPOSITIVO 11

- **Passo 1: Encher o Selo de Água**

Não colocar excesso de água

– Remover qualquer excesso acima dos 2cm usando seringa com agulha 18g, através do porto

– Passado algum tempo a água fica colorada de azul facilitando assim a monitorização das fugas aéreas.



Fonte : ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

DIAPOSITIVO 12

Passo 2: Encher Câmara de Controlo de Aspiração

- **Encher Câmara de Controlo de Aspiração**

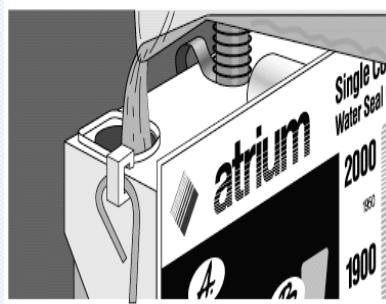
– Remover o tampão perfurado no topo;

– Deitar água esteril/soro até ao nível de pressão prescrito (-20cm H₂O habitualmente).

– Recolocar o tampão;

– A água ficará colorada de azul;

– Adicionar/Remover água através do porto de acesso usando seringa com agulha 18ga (desligando sempre antes a aspiração)



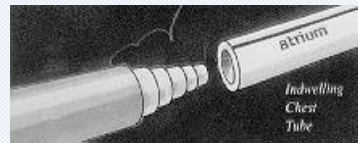
Fonte : ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

DIAPOSITIVO 13

Passo 3: Conectar ao Paciente

◆ **Conectar Tubo ao cateter torácico**

- Remover a protecção branca do conector no tubo do paciente
- Inserir o conector no cateter torácico.
- Remover ou cortar o tubo junto ao conector caso tenha que conectar um “Y”.
- O Sistema de drenagem deve estar conectado ao paciente antes de se iniciar a aspiração.



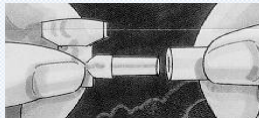
Fonte : ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

DIAPOSITIVO 14

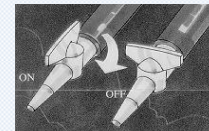
Passo 4: Aplicar Vácuo

◆ **Aplicar aspiração**

- Conectar o tubo vindo da fonte de vácuo directamente a torneira de controlo de aspiração (sempre aberta).
- Ao aplicar o vácuo e aumentar a progressivamente a pressão, até obter um borbulhar suave mas estável na câmara de controlo de aspiração.



Fonte imagem: ATRIUM MEDICAL CORPORATION



Fonte imagem: ATRIUM MEDICAL CORPORATION

◆ **Torneira de Controlo**

- Usada para regular aspiração com fontes de vácuo não calibradas/reguladas.
- Permite regular, junto à cama do paciente, o nível do borbulhar de forma mais precisa.
- A torneira, mesmo em drenagem por gravidade, deve estar sempre aberta.

Fonte : ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

DIAPOSITIVO 15

Monitorizar o sistema

• Observar as Fugas de Ar

- Quando existam **bolhas de ar** a progredir **da esquerda para a direita** na janela de monitorização, confirma a existência de **fuga de ar no paciente**

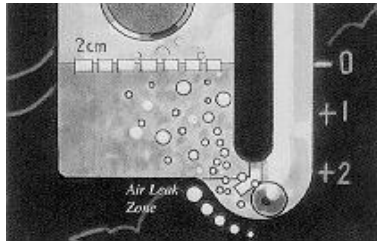
Borbulhar contínuo

- Confirma Fuga persistente

Borbulhar intermitente

- Confirma Fuga intermitente

Sem bolhas = Pleura sem Fuga



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

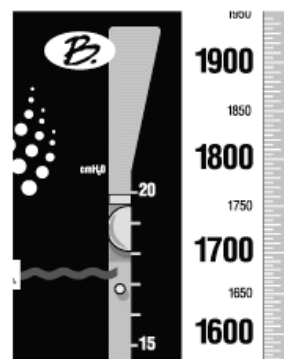
DIAPOSITIVO 16

• Válvula de Alta Negatividade

- Válvula de Alta negatividade AUTOMÁTICA e com "compensação controlada"

- **Benefício:** durante a inspiração normal ou profunda, a bola da válvula sobe, impedindo a total subida da água do selo. Isto permite que o paciente torácico liberte qualquer nível de pressão intratorácica necessário durante cada ciclo respiratório.

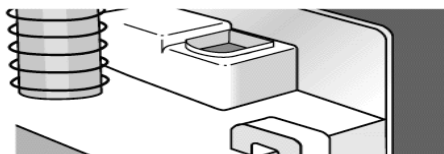
- Para **baixar a altura** da coluna do selo de água ou para baixar a pressão do vácuo da DT, quando o paciente estiver ligado à aspiração, permitir a válvula de entrada de ar de alta negatividade, até o nível de água baixar para o nível pretendido.



Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004.

DIAPOSITIVO 17

• Protecção para Pressão Positiva



- ◆ A válvula de pressão positiva abre automaticamente para libertar qualquer pressão positiva acumulada no caso de dobra/obstrução do tubo de aspiração.
- ◆ A válvula tem um alto fluxo e está protegida contra embates, no topo do sistema.

Fonte: ATRIUM MEDICAL CORPORATION, 2004

DIAPOSITIVO 18

Referências Bibliográficas

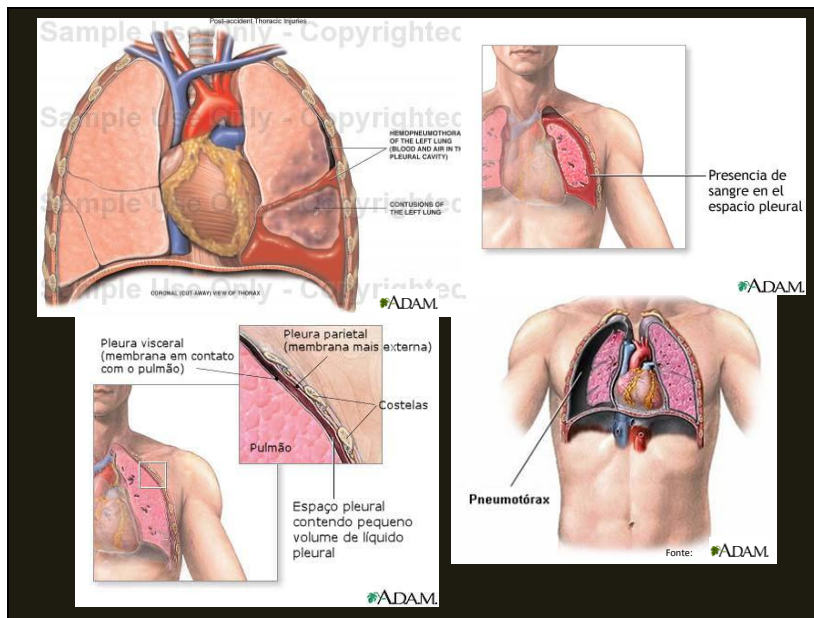
- ANDRADE, Cristiano; FELICETTI, José - **Drenagem Torácica**. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: http://www.pnscac.ufbr/ens/2/sites/default/files/drenagem_toracica_7.pdf
- ATRIUM MEDICAL CORPORATION - **Instruções para o uso de Drenagem torácica para aspiração a seto de água**. 2004
- BEYRUTI, Ricardo, et al. – A válvula de Heimlich no tratamento do pneumotórax. In **Jornal de Pneumologia**. São Paulo. Maio-Junho, 2002.
- D. NGO, Quan; MBBS, Vincent; A. DEANE, FRACS Stephen - **Drowning in Drainage**. Department of Surgery, Liverpool Hospital. 2004. ISBN: 1 74079 046 4
- HARRISON, et al. **Princípios de Medicina Interna**. 15 edição. Rio de Janeiro, Mcgraw-Hill, 2002. Vol II. p.497-506.
- LAU, S.M.; TEE, A.K. - Outpatient treatment of primary spontaneous pneumothorax using a small-bore chest drain with a Heimlich valve: the experience of a Singapore emergency department. **Journal Of Emergency Medicine: Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine**. [Em Linha]. 19, 2012. pg. 400-4.
- LEHWALGT, D., TIMMINS, F. - The need for nurses to have in service education to provide the best care for clients with chest drains. **J. Nurs Management**. [Em Linha]. 15, 2007. Pg. 142-148.
- MECK SHARP E DOTTMER. **Manual Merck de Formação Médica: Edição ampliada e atualizada**. Editorial Ocean, 2008. ISBN: 978-972-8528-94-2.
- MIMS, Barbara, et al. – Chest Tubes. In **Critical Care Handbook: A clinical Handbook**. 2ª edição. Elsevier, 2004. ISSN: 0-7216-0085-9. Pg. 3-20.
- O'GRADY, Naomi P., et al. - Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Department Health and Human Services e CDC USA, 2001.
- PARRA, André, et al. - **Retirada de dreno torácico em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Arquivo Ciências da Saúde. Abril-Junho, 2005. Pg. 116-119
- RESENDE, Margarida - **Drenagem Torácica**. UCI Hospital da Cruz Vermelha, Lisboa. pg. 1-6
- SMITHY'S, Susan. – **Enfermagem de urgência: Da teoria à prática**. 4ª edição. Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9
- SMITHE-TEMPLE, Jean, JOHSON, Jozac - **Guia para procedimentos de enfermagem**. 4ª edição. Artmed Editora. Porto Alegre: 2004. ISBN: 85-363-0354-9
- SWEARINGEN, Palmela L., KEEMAN, Janet Hicks - **Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-52-5
- WIKIFEDIA - **Sistema coletor de drenagem pleural ou mediastinal**. [Em Linha]. Consultado 20 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4c/SistemaDrenagemToracica.JPG/220px:SistemaDrenagemToracica.JPG&w=220&h=463&Beivvh7YT9SAEK->

Imagens:

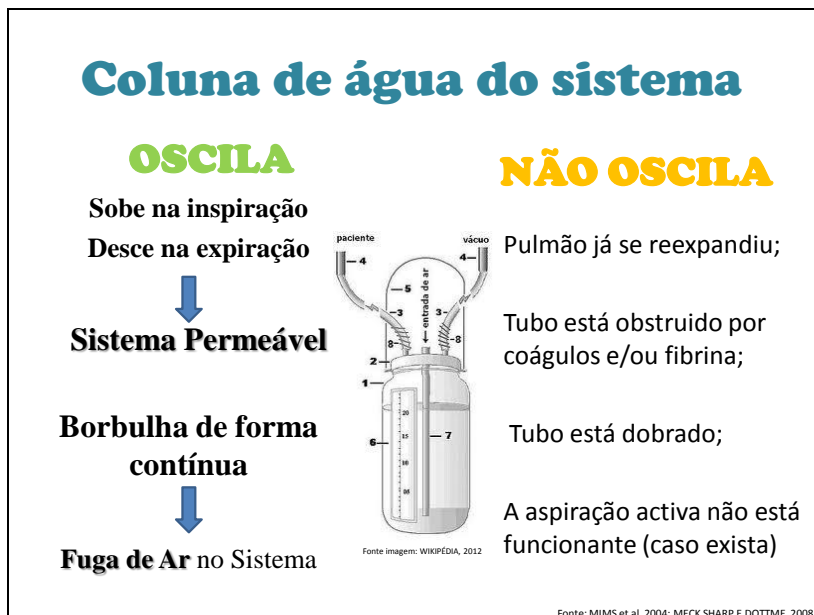
- ADAM - **Chest tube insertion - series**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://healthlib.nlm.nih.gov/healthlib/medhorae/chesttubeinsertionseries3.html>
- GISA, Sant'Ana - **Enfermagem Cirúrgica Gestão Drenagem Torácica**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://www.360page.com/ver/1839-10551988-1052-420>
- **Medical Illustration, Human Anatomy Drawing - Pneumothorax de Tensão**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: http://artlib.org/med/illustration/medical_illustration/28570-28572
- NIKRES, Marco - **Fisiologia Humana - Ventilação pulmonar**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://página.ineq.pt/2011/10/16/fisiologia-humana-7-4-fisiologia.html>
- PRODIMED - **Heimlich valves**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: http://www.prodimed.com/version_english/anaesthesia_k_prod/heimlich_valves_eng.htm
- Radionormans - **Tórax: anatomia e posicionamento**. [Imagem]. [Em Linha]. [Consult. 21 Maio 2012]. Disponível na internet: www.anatomia.online.com
- VICAL, Nelson, et al. - **Use of a one-way flutter valve drainage system in the postoperative period following lung resection. J. Brn. Anaesth. (online)**. 2008, vol.34, n.8, pp. 559-566. ISSN 1806-3713.
- SIAFTE/SAPR - **Manual do Atendimento Pré Hospitalar**. Curitiba, 2006. [Em Linha]. [Consult. 28 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://p3.scribd.com/doc/7332970/Manual-de-So-Pre-Hospitalar-APM-28-completo27>
- SURGICAL TUTOR - **Chest drains**. [Em Linha]. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na internet: <http://www.surgicaltutor.org.uk/Default2.aspx?Section=Thorax&Item=Drains>

DIAPOSITIVOS: HIPERLIGAÇÕES DA SESSÃO

DIAPOSITIVO 1



DIAPOSITIVO 2



DIAPOSITIVO 3

Clampar o sistema de DT?

Contra-indicado
↗ Pressão Intra-torácica

Indicado
Trocar o sistema de drenagem
Descontinuidade das conexões entre o tubo e o frasco
Quebra no sistema coletor

Fonte imagem: Medical illustration

Dupla clampagem
Pontas protegidas
com peças de plástico

Fonte: MIMS, et al,2004; D.NGO, MBBS, DEANE, FRACS, 2004; PARRA et al., 2005

DIAPOSITIVO 4

Válvula de Heimlich

- Aumenta a segurança no transporte do doente com DT
- Garante a passagem de ar e/ou dos fluidos do tórax para o frasco coletor, mas não o seu retrocesso

Fonte imagem: VEGA

Fonte imagem: PROMIMED

- Funciona independentemente da sua posição ou nível
- Pode ser conectada ao sistema de vácuo
 - Bem tolerado pelos doentes

Fonte: BEYRUTI et al., 2004; LAI, TEE, 2012.

DIAPOSITIVO 5

Penso do local de inserção do dreno torácico



- Trocar diariamente
- Usar técnica asséptica
 - Limpeza com soro ou solução desinfetante (Clorhexidina)
 - Compressas devem proteger, fixar e dar estabilidade ao tubo



Vigiar o local de inserção do dreno, para detectar precocemente a ocorrência de: enfisema subcutâneo, sinais inflamatórios e fuga de ar

Fonte imagem: SIATE/CBPR

Fonte: MIMS et al, 2004; O'GRADY et al, 2011.

APÊNDICE IX

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO APLICADO À EQUIPA DE SAÚDE DA UCI

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estando a realizar a Unidade Curricular Estágio-Módulo Cuidados Intensivos neste serviço.

Sabe-se hoje que a qualidade do sono é um fator importante para a qualidade de vida, daí que este esteja a ganhar cada vez mais reconhecimento e interesse no campo da saúde. Os clientes internados sofrem de perturbações do sono, sendo que isto tem repercussões na recuperação do cliente¹.

Neste sentido, despertou-me o interesse abordar esta temática no decorrer da minha experiência de estágio. Numa fase de diagnóstico da situação gostaria de perceber qual a percepção que a equipa multidisciplinar tem sobre o mesmo.

As informações são confidenciais e anónimas.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pois será fundamental para o desenvolvimento deste projecto.

É muito importante que participe!

Muito Obrigado

Ana Rita Sousa

Co-autoria:

Miguel Oliveira (Enf.) e Filipa Veludo (Prof.)

Questionário

Assinale com um xis (X) ou responda por extenso às questões colocadas.

1. A que grupo profissional pertence?

Assistente Operacional

Enfermeiro

Médico

2. Considera que o cliente internado na UCI sofre alterações no seu padrão de sono?

SIM

NÃO

3. Se respondeu sim, na sua opinião...

a. Quais são os fatores que prejudicam o sono e repouso do cliente internado?

b. Que estratégias são utilizadas no serviço para promover o sono e repouso dos clientes internados?

c. Que outras estratégias se poderiam usar?

4. Parece-vos pertinente refletir sobre esta temática?

SIM

NÃO

Se respondeu sim, qual deve ser o grupo profissional mais envolvido na implementação de novas estratégias? _____

Fim do questionário.

O nosso obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE X

O SONO E O REPOUSO DA PESSOA INTERNADA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS:
PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O SONO E O REPOUSO DA PESSOA INTERNADA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As alterações no padrão normal do sono são comuns nos clientes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbilidade e mortalidade. Estudos mostram que há necessidade de sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono do cliente internado. Neste sentido, delineou-se um estudo qualitativo com o objetivo de compreender qual é a perceção que a equipa de saúde da UCI tem acerca do sono e o repouso do cliente internado. A ferramenta de recolha de dados utilizada foi um questionário misto, aplicado a toda a equipa de saúde de uma UCI da margem sul do país. Através da análise estatística dos dados e da técnica de análise de conteúdo de Bardin, podemos concluir que a perturbação do sono assenta numa etiologia multifatorial e que as principais causas centram-se em aspetos intrínsecos ao ambiente e ao comportamento dos profissionais de saúde. As estratégias já utilizadas pela equipa e as estratégias a implementar para potenciar o sono dos clientes internados passam pela redução dos estímulos ambientais externos e pela aplicação de técnicas de relaxamento.

Ana Sousa

*Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
anaritasousa00@gmail.com*

e Filipa Veludo

*Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Tutora de Estágio
fveludo@ics.lisboa.ucp.pt*

INTRODUÇÃO

O sono e repouso são aspetos essenciais ao adequado funcionamento do organismo e a qualidade do sono é um fator importante para a qualidade de vida, daí que esteja a ganhar cada vez mais reconhecimento e interesse no campo da saúde ⁽¹⁾. Todos os sistemas fisiológicos importantes são influenciados pelo sono e pesquisas em medicina e enfermagem mostraram que a privação deste pode ter efeitos prejudiciais sobre a pessoa em situação de saúde-doença ⁽²⁾.

A principal missão de qualquer unidade de cuidados intensivos (UCI) é oferecer aos pacientes um atendimento de qualidade e um ambiente propício à sua recuperação ⁽³⁾. A UCI difere de qualquer outro serviço do hospital pela complexidade dos problemas de saúde do paciente, pelas modalidades de tratamento utilizados e pelo ambiente envolvente ⁽⁴⁾. Inovação tecnológica é indispensável à assistência médica. A estrutura complexa do ambiente e os exigentes cuidados que o cliente necessita são também responsáveis pelos stresses que se originam no ambiente da UCI ^(4,6).

De acordo com a pesquisa realizada, conclui-se que a maioria dos clientes internados sofre de perturbações do seu padrão de sono e que as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) parecem ser as que mais privam os doentes de um sono e descanso de qualidade ⁽⁵⁻⁸⁾. Os estudos consultados sobre o sono em pacientes internados em unidades de cuidados intensivos identificaram três fatores principais associados à privação do sono: ruídos, iluminação, assistência de enfermagem com intensidade semelhante durante 24h e dor ^(1,3,5-9).

Com o conhecimento adquirido sobre a fisiologia normal do sono e os potenciais efeitos da privação do mesmo sobre a função celular e recuperação dos níveis de saúde, torna-se urgente desenvolver programas para diminuir e minimizar as consequências da falta de sono e repouso. A equipa prestadora de cuidados precisa de ser sensibilizada para a importância que têm as suas intervenções na prevenção e “tratamentos” das alterações que ocorrem no padrão de sono, sendo a intervenção multidisciplinar e a educação as chaves para sensibilizar e promover a mudança nas práticas dos profissionais de saúde, a fim de potenciar a qualidade do sono do paciente internado numa UCI ^(1,5-8,-10). Embora existam várias pesquisas internacionais sobre medidas para o melhoramento da qualidade do sono em clientes internados em UCI, consideramos ser necessário analisar e refletir conjuntamente com a equipa multidisciplinar sobre a sua prática, com o intuito de elaborar programas adaptados à estrutura física da instituição, necessidades dos clientes e da equipa prestadora de cuidados.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo tem como principal objetivo conhecer qual é a perceção que a equipa de saúde da UCI tem acerca do sono e o repouso do cliente internado.

Procurando aumentar o conhecimento relativo à temática, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a perceção da equipa multidisciplinar acerca os fatores que prejudicam o sono e repouso da pessoa internada;
- Conhecer as estratégias utilizadas para minimizar as perturbações no padrão do sono do cliente e que outras se poderiam utilizar;
- Aferir a importância que a equipa de saúde atribui a temática;
- Identificar qual o grupo profissional que deverá estar envolvido na implementação de novas estratégias.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo qualitativo, uma vez que o objetivo principal é conhecer qual é a perceção que a equipa de saúde da UCI tem acerca do sono e o repouso do cliente internado.

A implementação de medidas promotoras do sono e repouso são da responsabilidade de toda a equipa multidisciplinar ⁽¹⁾ -, defini como critérios de seleção da amostra toda a equipa de saúde e, como critérios de exclusão, todos os profissionais ausentes no serviço no período de 1 a 30 de Outubro de 2012. Podemos dizer que a amostragem foi acidental, sendo formada pelos profissionais presentes no período de aplicação do questionário ⁽¹⁰⁾.

Tendo como objetivo estudar as opiniões, perceções e atitudes de um grande número de sujeitos, optei por utilizar como instrumento de recolha de dados o questionário. A ordem idêntica das questões para todos os sujeitos e as mesmas diretrizes permite-nos assegurar a uniformidade, a fidelidade e facilitar comparações entre sujeitos, além de que, o instrumento utilizado garante o anonimato das

respostas, promovendo uma expressão livre das opiniões que considerem mais pessoais ⁽¹¹⁾. O questionário adotado insere-se na classificação dos questionários mistos, contendo três questões fechadas e quatro questões abertas com intuito de colher a opinião da amostra. Houve a preocupação de apresentar as questões segundo uma ordem lógica, colocando-se algumas questões de filtro para “conduzir as pessoas para as questões que lhe são diretamente aplicáveis” ⁽¹¹⁾ (pg.251). Terminada a primeira redação do questionário, submeti-o à discussão e à crítica de peritos.

Considerando a existência de um questionário misto, usou-se duas técnicas para a análise dos dados, nomeadamente, os resultados das questões fechadas foram analisados através de estatística descritiva e as respostas abertas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Escolheu-se a estatística descritiva porque esta permite conhecer a opinião da amostra face à temática ⁽¹¹⁾. Procurando explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o seu significado por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência os emissores, o contexto e/ou os efeitos da mensagem, optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Bardin para estudar as respostas dadas às questões abertas ⁽¹²⁾. As diferentes alíneas da questão número 3, como questões abertas, apresentaram múltiplas respostas que posteriormente foram categorizadas segundo o objeto em estudo e o conhecimento que se pretendia obter ⁽¹²⁾. A categorização teve por base a informação extraída da pesquisa anteriormente realizada, pelo que, para a questão 3.a., foram estabelecidas as seguintes categorias: ruído, luz, procedimentos terapêuticos, ansiedade, dor e fármacos. Face às respostas à questão 3.b., a categorização centrou-se nos seguintes itens: diminuir o ruído, diminuir a intensidade das luzes, otimizar a prestação de cuidados, medidas de conforto, controlo da dor e administração de terapêutica indutora. Para a última alínea, 3.c., as

categorias definidas foram as seguintes: diminuir o ruído, otimizar a prestação de cuidados, medidas de conforto, otimizar a terapêutica indutora do sono e ações de sensibilização da equipa.

Com base nas categorias estabelecidas vamos procurar extrair conhecimentos que forneçam contributos para a prática clínica diária.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Pretendendo uma amostragem significativa e considerando os fatores anteriormente referidos, definimos como indicador de resultado obter 75% de respostas. Considerando que num total de 47 profissionais, 2 estavam de baixa e 5 de férias, esperava-se que um total de 30 destes funcionários participasse no estudo. Apesar de termos protelado várias vezes o prazo limite de entrega dos questionários, obtivemos apenas 28 respostas, o que corresponde a 70% da amostra, das quais 63% se refere à classe profissional dos enfermeiros, 33% aos médicos e 4% aos AO.

Na análise da segunda questão - “Considera que o cliente internado na UCI sofre alterações no seu padrão de sono?” -, 100% da amostra respondeu “sim”, corroborando com a literatura consultada. Ugras e Ozteki ⁽¹³⁾, aquando do seu estudo realizado com 66 pessoas internadas numa UCI, apuraram que 78,5% apresentavam distúrbios do sono. Vinte e quatro por cento dos clientes inquiridos no estudo de Jones et al., citado por Krachman et al. ⁽⁵⁾, consideraram que o sono experienciado durante o internamento na UCI foi insuficiente. A investigação sobre os principais stressores nas UCI na perspetiva do cliente e enfermeiros, apresentada em 2010 por Yava et al., concluiu que a alteração no padrão de sono foi um dos stressores mais referidos pelos participantes.

Com base nas categorias definidas, na opinião dos profissionais da UCI do HSB, o ruído é o fator mais prejudicial ao sono e repouso do cliente internado, seguindo-se a luz e os

procedimentos terapêuticos com igual rotina durante as 24h.

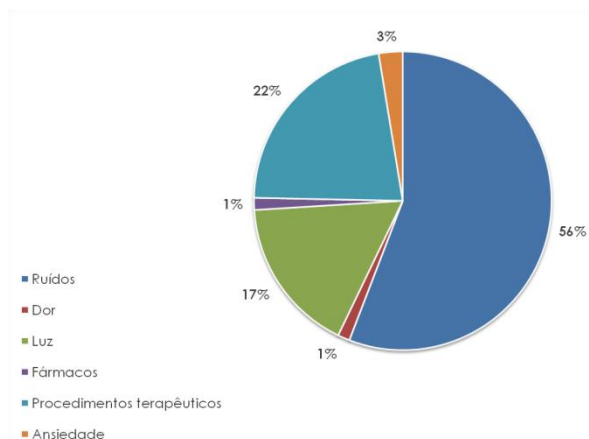


Gráfico 1 - Opinião dos profissionais da UCI do HSB acerca dos fatores prejudiciais ao sono e repouso do cliente internado

Segundo a literatura consultada, o ruído é um dos principais fatores da perturbação do sono e repouso na UCI, sendo que 51% desse ruído pode ser modificável e 55% é referente ao ruído provocado pelos profissionais de saúde ⁽⁸⁾.

Voltando ao estudo de Ugras e Ozteki ⁽¹³⁾, às intervenções de enfermagem foi atribuída uma grande influência sobre o sono dos pacientes, sendo as alternâncias de decúbito (43,9%) e as questões destinadas à avaliação da consciência (40,9%) as que mais perturbaram os participantes do estudo. Na pesquisa feita pelos mesmos autores, a dor foi um dos fatores que perturbou o sono normal e o ciclo de vigília, tendo a expressão de 59,1%, e 66% dos enfermeiros contactados por Morgan e White ⁽¹⁴⁾ identificam que a dor é a principal responsável pela interrupção do sono.

Estudo da Associação Britânica de Enfermeiros de cuidados críticos mostra que os clientes consideram que quanto maior é o número de vezes a que é sujeito a cuidados durante a noite, mais baixa é sua classificação face à qualidade do seu sono.

Na resposta referente à opinião dos profissionais acerca das estratégias

implementadas pela equipa de saúde da UCI-HSB na promoção do sono e repouso dos clientes internados na UCI, considerando o conjunto de parâmetros indicado, constatou-se que os profissionais atribuem maior importância à diminuição do ruído e diminuição da intensidade da luz. Como estratégias adicionais, manifestaram preocupação em otimizar a prestação de cuidados, condensando os procedimentos para momentos chave, dar mais importância as medidas de conforto e gerir melhor a terapêutica indutora do sono.

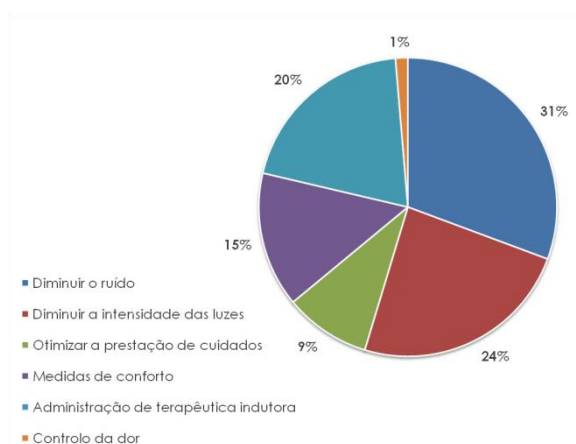


Gráfico 2 - Opinião dos profissionais acerca das estratégias implementadas pela equipa de saúde da UCI-HSB na promoção do sono e repouso dos clientes internados na UCI

Quando questionados face a possíveis mudanças na prática para promover o sono e o repouso do cliente internado, as respostas centraram-se em estratégias para diminuir o ruído, otimizar os cuidados durante o turno da noite, promover o relaxamento dos clientes, através de massagens, musicoterapia, comunicação terapêutica, entre outras, havendo uma menor percentagem da equipa que considera importante ações de sensibilização relativas ao tema.

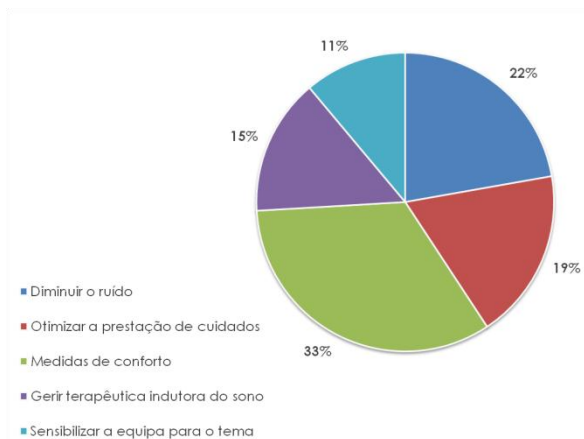


Gráfico 3 - Opinião dos profissionais acerca de estratégias a implementar para potenciar o sono dos clientes internados na UCI- HSB

A análise à última questão mostra-nos que a totalidade da amostra considerou pertinente refletir sobre a temática, considerando 52% que o enfermeiro deve ser o profissional mais envolvido na implementação de novas estratégias.

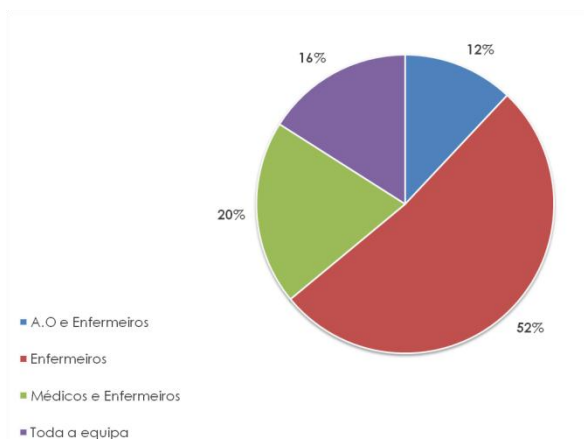


Gráfico 4 - Opinião dos profissionais acerca do grupo responsável pela implementação de novas estratégias

Vários estudos têm sido desenvolvidos para determinar se a implementação de um protocolo de “Quiet Time” (período de tempo onde se reduz os estímulos externos ambientais) está associada ao aumento do sono nos pacientes internados em UCI. Os projetos existentes assentam na implementação de medidas que minimizem as interrupções desnecessárias no período de sono e repouso da pessoa internada na UCI, considerando como prioritário a redução

das luzes e sons ambientais (ruído) por 1 ou 2 períodos do dia, sendo o período noturno comum a todos. Olson et al. ⁽¹⁵⁾, no seu estudo, concluiu que o esforço de toda a equipa para reduzir os estímulos ambientais no intervalo de tempo definido, aumenta a probabilidade de os clientes poderem ter um período de sono contínuo e tranquilo. Os resultados observados noutros estudos são semelhantes aos de Olson, podendo concluir que o mesmo concorre para a melhoria da qualidade do sono dos clientes internados em UCI ^(1;3;15).

CONCLUSÃO

Na opinião da equipa de saúde, os clientes internados na UCI sofrem de alterações no seu padrão de sono e repouso. Quanto às causas da privação do sono dos pacientes internados em UCI, o estudo aponta para uma etiologia multifatorial, identificando 5 fatores principais: ruídos, iluminação, prestação de assistência de enfermagem com intensidade semelhante durante 24h, a dor e ansiedade.

As estratégias avançadas pela equipa para promover o sono e repouso do cliente internado na UCI passam pelo aumento do controlo do meio ambiente no sentido de minimizar o efeito dos fatores ambientais externos (diminuir a intensidade das luzes, otimizar alarmes, tentar diminuir o tom de voz dos profissionais durante o período noturno), fazer uma análise criteriosa das necessidades dos cliente com a finalidade de prestar apenas os cuidados essenciais durante o período noturno e desenvolver ações de sensibilização da equipa para a importância do sono e repouso no conforto e recuperação do cliente internado.

Embora existam várias pesquisas internacionais sobre medidas para melhorar a qualidade do sono em clientes internados em UCI, consideramos ser necessário analisar e refletir conjuntamente com a equipa multidisciplinar sobre a sua prática, com o intuito

de elaborar programas adaptados à estrutura física da instituição, necessidades dos clientes e da equipa prestadora de cuidados. Medidas para reduzir as privações do sono nas UCI poderão não ser muito fáceis de implementar. Contudo pensamos que os enfermeiros podem ter um papel ativo e muito importante na sua identificação, implementação e monitorização.

Bibliografia

1. LI, Shu-Yen et al. – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of clinical Nursing*. 20 (2011): 396-407.
2. WINKELMAN, C.; RICHARDSON, G. - Distúrbios do sono In *Harrison Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Volume 1, 15ª edição (2002). 168-176. ISBN: 85-86804-26-6.
3. CM, Dennis et al. - Benefits of quiet time for a neuro-intensive care patients. *Journal Neurosci Nurs*. Agosto (2010): 217-214.
4. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, (2003).ISBN: 972-675-097-0.
5. KRACHMAN, Samuel et al. - Sleep in the Intensive Care Unit. *Chest journal*. Junho (1995): 1713-1720.
6. YAVA, Ayla et al. – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*. 27 (2011) 36-47.
7. HONKUS, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. *Critical Care Nurs*. 26, nº3 (2003): 179-189.
8. TASTAN, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatol. J. Clinical Investigation*. 4 (2010): 5-10.
9. NAGEL, Corey et al. – Sleep Promotion In Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*. ISSN 10920811. 12, nº5 (2003): 279-290.
10. LEI, Zhang et al. – Sleep Quality and Sleep Disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Critical Nursing*. 18 (2009): 2521-2529.
11. FORTIN, Marrie – *O processo de investigação: da conceção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, (2009). ISBN: 978-972-8383-10-7.
12. BARDIN, Laurence – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, (1997)
13. UGRAS, Gulay; OZTEKIN, Seher – Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 212 (2007): 299-308.
14. MORGAN, H.; WHITE, B. - Sleep deprivation. *Nursing Intensive Care group Journal Nursing Mirror*. 157 (1983): 58-511.
15. OLSON, DM. et al. - Quiet Time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care*. Março (2001): 74-78.

APÊNDICE XI

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (PROJETO NA UCI)

Exma Sr^a Enfermeira Diretora do
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a assistentes operacionais, enfermeiros e médicos na UCI, avaliação dos níveis de ruído na UCI e divulgação destes dados.

Eu, Ana Rita Correia de Sousa com o n.º mecanográfico 25183 encontro-me a realizar o módulo II do estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de São Bernardo, no período de 21 de Setembro a 10 de Novembro de 2011, com a duração de 180h, sob orientação da Sr. Enf.º Miguel Oliveira e tutoria da Sr.^a Prof.^a Filipa Veludo.

Neste contexto, pretendo desenvolver um projeto no âmbito da promoção do sono e do repouso do cliente internado na UCI, com os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Promover o conforto da pessoa internada na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais externos.

Objetivos específicos:

- Investigar a perceção que a equipa multidisciplinar tem do impacto dos cuidados na promoção do sono e repouso da pessoa internada, através da realização de um questionário;
- Conhecer as estratégias utilizadas para minimizar as perturbações no padrão do sono do cliente e que outras se poderiam utilizar;
- Medir o nível de ruído na UCI;
- Delinear estratégias não farmacológicas para a promoção do sono e repouso do cliente Internado em UCI.

Para que seja possível desenvolver o projeto, peço autorização para aplicar um questionário de opinião aos assistentes operacionais, enfermeiros e médicos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital de São Bernardo e avaliar os níveis de ruído no mesmo serviço. Numa continuidade do projeto peço também autorização na divulgação dos dados, necessária à participação/publicação em eventos científicos e provas públicas do respetivo relatório de estágio para obtenção de grau de mestre.

No planeamento do projeto, estão garantidos os princípios éticos, morais e legais aos intervenientes. As despesas inerentes ao projeto ficam a cargo do organizador.

Ao dispor para mais informações que considere relevantes.

Aguarda deferimento,

Setúbal, 15 de Outubro de 2012

(Ana Rita Sousa)

(Filipa Veludo)

APÊNDICE XII

PLANO DA SESSÃO: “SONO E REPOUSO NA UCI”

PLANO DA SESSÃO

TEMA DA SESSÃO: “Sono e Repouso na UCI”

DESTINATÁRIOS: Assistentes Operacionais (A.O), Enfermeiros e médicos da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Centro Hospitalar X

DURAÇÃO DA SESSÃO: Serão realizadas 2 sessões de 1h cada

DATAS DE REALIZAÇÃO: 30 e 31 de Outubro de 2012, das 15.00h às 16.00h.

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Unidade de Cuidados Intensivos

EQUIPA PEDAGÓGICA: Enf. Ana Sousa com co-autoria do Enf. Miguel Oliveira e Prof. Filipa Veludo

I. OBJETIVOS

❖ OBJETIVO GERAL:

No final desta sessão os formandos deveram ser capazes de:

- Promover o conforto da pessoa internada na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais externos.

❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar a equipa de saúde da importância do sono para a reabilitação da pessoa em situação de doença crítica;
- Divulgar a análise dos questionários aplicados à equipa;
- Apresentar resultados de estudos e protocolos existentes para promoção do sono e repouso do cliente internado em UCI;
- Discutir com a equipa de saúde quais as medidas a implementar com vista a evitar interrupções desnecessárias no período noturno de sono e repouso do cliente internado;
- Definir estratégias de avaliação das medidas implementadas e proposta de alteração da parametrização do SAPE no foco “Sono alterado”.

II. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Sono: Arquitetura do sono
- Perturbação do padrão do sono: causas e consequências mais comuns na UCI
- Protocolos para reduzir os estímulos ambientais externos na UCI
- Importância da monitorização das intervenções de enfermagem

III. METODOLOGIA

Pretende-se uma participação efetiva de todos os participantes e a verificação da aquisição dos conhecimentos em contexto real. Deste modo, pretendo combinar a utilização do método expositivo e interrogativo, essenciais à transmissão dos princípios básicos da arquitetura do sono, consequências e causas da perturbação do mesmo e divulgação dos resultados dos questionários com o método ativo esperando-se que a equipa de saúde procure estratégias para diminuir a perturbação do sono, aplicando os seus conhecimentos face a temática, as características dos clientes e ao ambiente da UCI. Serão exploradas técnicas como: *brainstorming*, exposição, perguntas e trabalho de grupo.

❖ RECURSOS DIDÁTICOS

- Recursos a utilizar:
 - Computador e projetor multimédia

❖ AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO:

No final da sessão será aplicado um questionário de satisfação do formando (segue em anexo).

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM:

Na semana seguinte à formação serão consultados os processos de todos os clientes internados na UCI para verificar a presença ou ausência do levantamento do foco “sono alterado”.

APÊNDICE XIII
PEDIDO AO ISQ

Exmo Responsável pelo Laboratório
do Ruído do Instituto de Soldadura e
Qualidade

Assunto: Pedido avaliação dos níveis de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) – Hospital de São Bernardo (HSB)

Eu, Ana Rita Correia de Sousa, enfermeira do CHS- HSB encontro-me a realizar o módulo II do estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de São Bernardo, no período de 21 de Setembro a 10 de Novembro de 2011, com a duração de 180h, sob orientação do Sr. Enf.º Miguel Oliveira e tutoria da Sr.ª Prof.ª Filipa Veludo.

Neste contexto, estou a desenvolver um projeto no âmbito da promoção do sono e do repouso do cliente internado na UCI, tendo como principal objetivo: Promover o conforto da pessoa internada na UCI pelo aumento do período de descanso noturno não interrompido, através da diminuição dos estímulos ambientais externos.

Sabendo que o ruído é um das principais causas da perturbação do sono e repouso dos clientes internados, considero essencial medir os níveis de ruído na UCI e divulgar os resultados dessas medições para poder sensibilizar a equipa de saúde deste serviço e comunidade hospitalar para a influência do ruído no cliente internado e necessidade de implementar medidas que o diminuam.

No seguimento do contacto estabelecido com a Eng. Ana Maria Bicker do ISQ e da possibilidade do vosso instituto colaborar neste projeto, segue o presente documento para oficializar o pedido e agendar a data para medição. Sugerido pela mesma Engenheira a segunda semana de Novembro e depois de reunido com a enfermeira chefe da UCI, caso não vejam qualquer inconveniente, sugiro que a medição ocorra no dia 5 ou 6 de Novembro, num período de 24h.

As despesas inerentes a deslocação do técnico ficariam a cargo do organizador.

Ao dispor para mais informações que considere relevantes.

Aguarda deferimento,

Setúbal, 25 de Outubro de 2012

(Ana Rita Sousa)

(Filipa Veludo)

APÊNDICE XIV
PROTOCOLO “QUIET TIME”

Protocolo “Quiet Time”



Fonte: cfbraganca.weebly.com

Realizado: Ana Rita Sousa (Enf.)

Orientado: Miguel Oliveira (Enf.) e Filipa Veludo (Prof.)

PROTOCOLO “QUIET TIME”

I. OBJETIVO

Aumentar o período de sono não interrompido através da diminuição dos estímulos ambientais externos.

II. DESENHO DO PROTOCOLO

- Avaliação criteriosa do padrão de sono do cliente durante o internamento e anterior ao mesmo. Em caso de se verificar alterações, descrever as estratégias usadas para promover o sono e repouso.
- Planeamento do sono:
 - Avaliar sinais vitais
 - Gerir terapêutica analgésica
 - Cuidados de conforto (higiene oral, posicionamento e massagem)
 - Diminuir a intensidades das luzes do teto
 - Diminuir o nível de ruído:
 - Otimizar o volume e os limites dos alarmes;
 - Diminuir o volume da comunicação entre os profissionais
 - Colocar os telemóveis dos profissionais no modo de silêncio
 - Gerir terapêutica indutora do sono
- Gestão do ambiente físico:

As intervenções incluem mudança das rotinas da equipa de saúde durante o período da 1.30h às 5.30h.

As principais atividades são:

- Planear e agrupar os procedimentos terapêuticos, evitando constantes interrupções do sono e repouso do cliente internado
- Escurecimento da unidade

- Gerir ruído ambiental
- Vigiar o padrão de sono
 - Levantar o foco – Sono alterado no programa SAPE
 - Efetuar registos no programa SAPE no foco sono alterado

HORAS	ATIVIDADES
23.00 – 23.45h	➔ Passagem de turno
23.45h – 1h	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Avaliar de sinais vitais ➔ Gerir terapêutica analgésica ➔ Prestar cuidados de higiene e conforto relevantes (higiene oral, aspiração de secreções, posicionar, massajar) ➔ Diminuir a intensidade das luzes ➔ Reduzir o nível de ruído: <ul style="list-style-type: none"> – Otimizar volume e limites dos alarmes – Colocar os telemóveis dos profissionais no modo de silêncio – Diminuir o volume da comunicação entre os profissionais ➔ Gerir terapêutica indutora do sono
1h- 6h	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Planear e agrupar os procedimentos terapêuticos ➔ Escurecer a unidade ➔ Gerir ruído provocado pelos profissionais de saúde
6h-8h	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Prestar de cuidados de higiene e conforto ➔ Avaliar dos sinais vitais ➔ Alternar de decúbito ➔ Administrar terapêutica ➔ Fechar balanços hídricos ➔ Administrar dieta prescrita ➔ Registrar no foco: Sono as atitudes terapêuticas realizadas

Tabela 1: Protocolo para reduzir os estímulos ambientais externos na UCI

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BAKIM, Hastalarin; ORTAM, Unitesinin; GORUSLERI, Ozelliklerine – Opions of patients on physical environmental features of Intensive care units. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*. (2010) 33-46.
- CLOSS, S. José; REID, Innes – Sleep disturbance: the patient care activities applied at night shift in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 14 (2006) 102-106.
- DUNN, Heather; ANDERSON, Mary; HILL, Palmela – Nighttime Lighting in Intensive Care Units. *Critical Care Nurses*. Vol. 30, nº3 (2010) 31-37.
- ELIASSEN, Kirsten; HOPSTOCK, Laila - Sleep promotion in the intensive care unit: A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (2011) 138-142.
- ELLIOTT, Rosalind; MCKINLEY, Sharon; CISTULLI, Peter - The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 48 (2011) 384-400.
- GADALEAN, Ioana; CHEPTEA, Marilena; CONSTANTIN, Ioana – Evaluation of Patient Satisfaction. *Applied Medical Informatics*. Vol. 29, nº4 (2011) 41-47.
- GANZ, Freda – Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*. Vol. 32, nº2 (2012) 19-25.
- HELLSTROM, Amanda; FAGERSTROM, Cecilia; WILLMAN, Ania – Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings: A systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Third Quarter (2011) 128-142.
- HONKUS, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. *Critical Care Nurs*. Vol. 26, nº3 (2003) 179-189.
- KALIMOWSKI, Christiane – Dream Weaver. *Nursing Management*. April (2002) 48-49.
- KALIMOWSKI, Christiane – Nature's nurse: promoting sleep in the ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 21, nº 1 (2002) 32-35.
- KALFON, Pierre – Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 36 (2010) 1751-1758.
- LEI, Zhang et al. – Sleep Quality and Sleep Disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Critical Nursing*. 18 (2009) 2521-2529.
- LI, Shu-Yen et al. – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of clinical Nursing*. 20 (2011) 396-407.
- MABBOTT, Irene – Nursing Interventions to Alleviate insomnia. *Nursing Older People*. Vol. 24, nº4 (2012) 14-18.
- NAGEL, Corey et al. – Sleep Promotion In Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*. Vol. 12, nº5 (2003) 279-290

- NICOLAS, Ana et al. – Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurse – Nursing in Critical Care*. Vol. 13, nº 1 (2008) 25-33.
- PARTHASARATHY, Sairam; TOBIN, Martin – Sleep in the intensive Care Unit. 30 (2004) 197-206.
- RICHARDSON, Annette et al. – A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (2007), 1660-1668.
- SCOTT, Linda et al – Effects of Critical Care Nurses Work hours on vigilance and patients safety. *American Journal of Critical Care*. Vol. 15, nº1 (2006) 30-37.
- TAMBURRI, Linda et al. – Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. Vol.13, nº 2 (2004) 102-112.
- TASTAN, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatol. J. Clinical Investigation*. 4 (2010) 5-10.
- UGRAS, Gulay; OZTEKIN, Seher – Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 212 (2007) 299-308.
- YAVA, Ayla et al – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*. 27 (2011) 36-47.

APÊNDICE XV

FOLHA DE AUDITORIA PARA O PROTOCOLO “QUIET TIME”

Documento de Auditoria das Práticas “Protocolo Quiet-Time”

<i>Data</i>								
	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade
Aspectos a observar								
1. AVALIAÇÃO DO PADRÃO DO SONO								
– Conhece o padrão do sono antes do internamento								
– Avalia o padrão do sono do cliente internado								
2. PLANEAMENTO DO SONO								
– Avalia de sinais vitais								
– Gere terapêutica analgésica								
– Presta cuidados de higiene e conforto								
– Diminui a intensidade das luzes								
– Reduz os níveis de ruído								
• Otimiza os volumes e limites dos alarmes								
• Coloca os telemóveis em modo de silêncio								

<i>Data</i>								
	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade	Em conformidade	Não conformidade
<i>Aspectos a observar</i>								
• Diminui o volume da comunicação entre os profissionais								
– Gere a terapêutica indutora do sono								
3. GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO								
– Cumpre o período de silêncio estabelecido (1.30h-5.30h)								
– Planeja e agrupa os procedimentos terapêuticos, evitando constantes interrupções do sono e repouso do cliente internado								
– Escurece a unidade								
– Gere o ruído ambiental								
4. VIGIAR O PADRÃO DE SONO								
– Levanta o foco – Sono alterado no programa SAPE								
– Efetua registos no programa SAPE no foco sono alterado								

APÊNDICE XVI

**O SONO E O REPOUSO DA PESSOA INTERNADA NA UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

O SONO E O REPOUSO DA PESSOA INTERNADA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Este anexo resulta da análise do questionário de avaliação da formação “O sono e o repouso da pessoa internada na Unidade de Cuidados Intensivos”. O questionário continha questões fechadas e abertas, que foram tratadas através de análise estatística descritiva. As questões abertas não passaram pelo processo de tratamento de dados porque não houve resposta às mesmas. Resumidamente, a avaliação das sessões formativas é muito positiva, denotando-se a necessidade de melhorar os aspetos relativos ao funcionamento das sessões.

Ana Sousa

*Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
anaritasousa00@gmail.com*

Filipa Veludo

*Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Tutora de Estágio
fveludo@ics.lisboa.ucp.pt*

INTRODUÇÃO

As rápidas mudanças tecnológicas e organizacionais no sector da saúde exigem dos seus profissionais uma crescente diferenciação e uma atualização constante dos seus saberes. A formação e crescente qualificação dos profissionais têm sido motor de mudanças significativas na autonomização da profissão, podendo ser uma das soluções para esta conjuntura ⁽¹⁾.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enunciado relativo à satisfação do cliente defende a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade ⁽²⁾.

A formação contínua visa promover a atualização, o aperfeiçoamento e a aquisição de novas competências, transferíveis para a prática diária, ao nível da prestação de cuidados com a pessoa em situação de saúde-doença e também, no sentido alargado da sua função, na conceção e elaboração de sessões de formação para os seus pares, no campo da investigação e do uso de novas abordagens e metodologias aplicadas a contextos diversificados ⁽³⁾.

As alterações no padrão normal do sono são comuns nos clientes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) e podem levar a

disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade ^(4,5). As perturbações do sono assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas centram-se em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do cliente ⁽⁴⁻⁹⁾.

Os estudos mostram que há necessidade de sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono do cliente internado ⁽⁴⁻¹¹⁾.

Considerando o exposto e os resultados do estudo qualitativo com o objetivo de compreender qual é a perceção que a equipa de saúde da UCI tem acerca do sono e o repouso do cliente internado, foi definido um plano de formação, colocado em prática no mês de Outubro de 2012.

As sessões de formação foram dirigidas para a equipa de saúde da UCI de uma instituição hospitalar da margem sul do país, tendo cada uma a duração de aproximadamente 1h. A equipa de formadores foi constituída por uma formadora externa ao serviço; sendo enfermeira da instituição encontrava-se a frequentar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estando a realizar a unidade curricular estágio-módulo cuidados intensivos na UCI deste Centro Hospitalar.

A metodologia utilizada nas sessões de formação integrou técnicas e métodos diversificados, nomeadamente os métodos expositivo, interrogativo e demonstrativo, através da utilização de técnicas variadas como a exposição, a formulação de perguntas, entre outras.

A avaliação de qualquer sessão formativa é uma etapa indispensável e pretende-se que seja um processo muito mais abrangente do que a mera avaliação da satisfação dos formandos e

dos seus conhecimentos. Esta demonstra a necessidade de realizar alterações nos procedimentos e condutas na prática clínica, possibilita a implementação de alterações na prática de cuidados com vista à sua melhoria, atesta a eficácia das estratégias adotadas na formação e recolhe informação para uma gestão mais eficiente dos recursos ^(12,13).

No que concerne as sessões formativas dinamizadas no SU, o processo avaliativo decorreu no final de cada sessão, tendo sido aplicado aos formandos um questionário de opinião, de preenchimento voluntário e anónimo.

Optou-se por utilizar o questionário adotado pela instituição há vários anos; instrumento já testado e a familiaridade dos formandos com o mesmo, facilita o seu preenchimento e confere maior fiabilidade aos dados recolhidos ⁽¹⁴⁾.

Sabemos hoje que só os projetos centrados nas necessidades reais dos formandos, ou seja, aqueles reconhecidos como úteis para o contexto, são capazes de mobilizar e motivar os profissionais para a mudança ⁽¹⁵⁾. A motivação é uma característica que condiciona o nível de aprendizagem, o desenvolvimento de novas competências e a realização de uma prática baseada na evidência ^(16,17). Atendendo a estes fatos, pareceu-nos pertinente incluir dois novos itens no questionário da instituição: aplicabilidade do tema ao contexto da prática e motivação para a mudança na prática.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo tem como principal objetivo conhecer a opinião dos formandos sobre as ações de formação “O sono e o repouso na UCI”.

Procurando aumentar o conhecimento relativo à temática, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os formandos;

- Analisar os dados referentes às categorias programa, funcionamento e qualidade da ação;
- Identificar os pontos fortes e aspetos a melhorar nas ações de formação.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo quantitativo, uma vez que o principal objetivo é conhecer qual a opinião que a equipa de enfermagem tem face às sessões formativas ministradas, com o tema “O sono e o repouso na UCI”⁽¹⁸⁾.

Como critérios de seleção da amostra, elegemos toda a equipa de enfermagem e, como critérios de exclusão, todos os enfermeiros ausentes do serviço no período de 30 e 31 de outubro de 2012.

Utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados, porque o mesmo permite estudar as opiniões e perceções de um grande número de sujeitos⁽¹⁸⁾.

O questionário adotado insere-se na classificação dos questionários mistos, contendo questões fechadas e questões abertas com intuito de colher a opinião da amostra. Para medir as opiniões dos formandos face ao programa, funcionamento e qualidade da ação, foram utilizadas escalas do tipo de Likert⁽¹⁸⁾.

O instrumento de recolha de dados, depois de redigido, foi submetido à discussão e à crítica de peritos.

Considerando a existência de um questionário misto, usaram-se duas técnicas para a análise dos dados, a saber, estatística descritiva, para análise das respostas às questões fechadas e a técnica de análise de conteúdo de Bardin, para o tratamento de dados das respostas às questões abertas^(18,19).

Através da análise dos dados, pretende-se extrair contributos para a melhoria de futuras ações de formação.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos 40 elementos da equipa de saúde, participaram 24, sendo que 58% eram enfermeiros, 25% assistentes operacionais e 17% médicos. Na amostra relativa aos enfermeiros esteve presente a enfermeira chefe, o enfermeiro responsável pela formação em serviço e 10 chefes de equipa e segundos elementos. A coordenadora médica da UCI foi um dos elementos da classe médica que participou de forma ativa na sessão a que assistiu.

Quanto à avaliação do programa da sessão, pretendia-se saber a opinião dos formandos relativamente aos objetivos e conteúdos da ação. Neste sentido, no Gráfico 1, podemos observar que a maioria da amostra inquirida classificou ambos os itens de “Muito Bom, respetivamente, 79% para os objetivos e 83% para o conteúdo da ação.

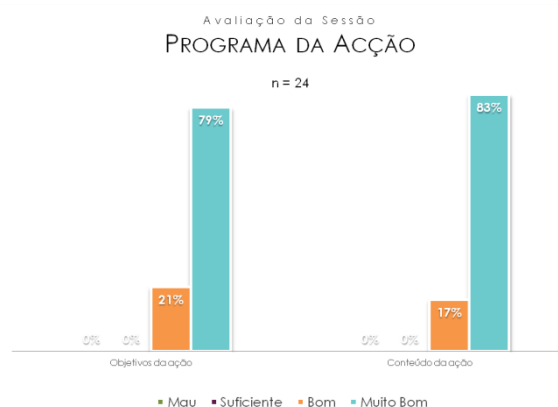


Gráfico 1 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – programa da ação

A análise das respostas referentes ao item “funcionamento da ação” fornece-nos benefícios para avaliar o relacionamento entre os participantes, instalações, meios audiovisuais, documentação e utilização dos suportes.

O relacionamento entre os participantes foi avaliado por 88% dos formandos com “Muito Bom” e por 13% com “Bom”.

O local escolhido para a dinamização da sessão foi o único existente para o efeito na UCI, sendo a sala pequena, com janelas amplas sendo

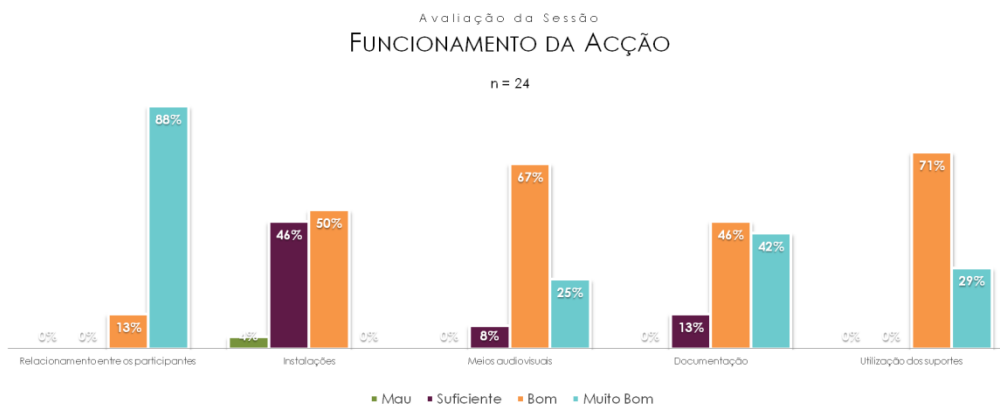


Gráfico 2 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – funcionamento da ação

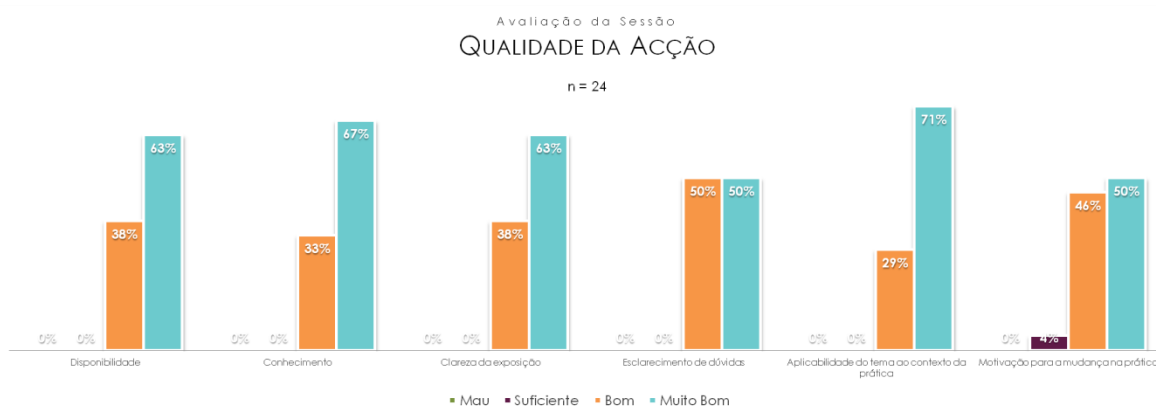


Gráfico 3 - Opinião dos profissionais do SU acerca da avaliação da sessão – qualidade da ação

impossível escurecer a sala. As instalações foram classificadas por 50% dos presentes como “Bom”, por 46% como “Suficiente” e por 4% como “Mau”. Quanto aos meios audiovisuais utilizados volta a predominar a classificação de “Bom” (67%), seguindo-se o “Muito Bom” com 25% e o “Suficiente” com 8%.

Relativamente à documentação utilizada, podemos observar no Gráfico 2, que 46% dos formandos considera que foi “Bom”, 42% “Muito Bom” e 13% “Suficiente”.

Para finalizar o item “funcionamento da ação” falta analisar a opinião da equipa de saúde face a utilização dos suportes. Os suportes utilizados foram os audiovisuais. Estes suportes foram classificados por 71% dos formandos de “Bom” e para 29% de “Muito Bom”.

Na avaliação da “qualidade da sessão”, podemos obter dados referentes à

disponibilidade, conhecimentos, clareza da exposição, esclarecimento de dúvidas, aplicabilidade do tema ao contexto da prática e motivação para a mudança na prática (Gráfico 3).

A maioria dos inquiridos classificou a disponibilidade da formadora como “Muito Bom”, 63%. Face aos conhecimentos destas, 67% avaliou como “Muito Bom” e 33% de “Bom”. Para 63% dos enfermeiros que participaram nas sessões formativas, a clareza da exposição foi considerada “Muito Bom” e para 38% “Bom”. No item esclarecimento de dúvidas a opinião fica dividida pela metade, entre o “Muito Bom” e o “Bom”. A maior parte das dúvidas colocadas prendiam-se com o sistema de SAPE e dificuldades em usar os registos feitos no sistema numa lógica de continuidade de cuidados, tema este que não foi incluído nos objetivos da formação e para o qual o

departamento informático da instituição ainda não conseguiu dar resposta.

Uma maioria significativa dos intervenientes na sessão considerou o tema aplicável à prática.

Os dados relativos à motivação plena para a mudança espelham o descrédito que a equipa de enfermagem expressou quando aos registos informativos enquanto estratégia adequada para valorização das intervenções autónomas da profissão. Neste sentido, 50% refere motivação plena para a mudança, sendo que 46% refere alguma motivação e 4%, pouca motivação.

A análise das questões abertas não foi realizada, porque nenhum dos formandos respondeu às mesmas, o que prejudica a análise sobre os pontos fortes e aspetos a melhorar no futuro.

CONCLUSÃO

O presente estudo, contou com a participação de 60% dos profissionais da equipa de saúde da UCI.

Da análise dos dados podemos concluir que a apreciação global é “Muito Bom”.

Na opinião da equipa de saúde, as maiores críticas centram-se ao nível do funcionamento das sessões.

Em futuras formações neste contexto, elege-se como prioritário melhorar a qualidade das instalações. Uma vez que no serviço a sala não reúne as condições adequadas poder-se-ia marcar na sala de sessões da instituição, sabendo à partida que a participação seria menor, porque os elementos em turno não poderiam assistir a formação. Quanto à documentação utilizada, no final da sessão foram informados de que a mesma ficava num dossier próprio para que todos pudessem consultar, pelo que, como sugestão de melhoria, poder-se-ia passar esse dossier no término da ação para que todos pudessem ter contato com o mesmo.

A questão da melhoria dos meios audiovisuais prende-se com a mudança de

instalações, uma vez que a dimensão reduzida da sala e o excesso de claridade dificulta o visionamento da apresentação.

No termo deste artigo, conclui-se que as sessões formativas ministradas foram adequadas às necessidades dos formandos, esperando ter fornecido subsídios para a melhoria das práticas clínicas e de futuras ações de formação.

Bibliografia

1. GUERRA, Maria - Formação Profissional dos Enfermeiros – **Determinantes da Participação dos Enfermeiros em Ações de Formação em Serviço**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19983>.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. 2001. [Em Linha]. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/
3. ROMÃO, A.; FERNANDES, A.; RAFAEL, J. - **Técnicas de Avaliação na Formação**. Edição Instituto do Emprego e Formação Profissional. [Em Linha]. 2004. Disponível em: <http://www.iefp.pt/>
4. KRACHMAN, Samuel et al. - Sleep in the Intensive Care Unit. **Chest journal**. Junho (1995): 1713-1720.
5. TASTAN, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. **Anatol. J. Clinical Investigation**. 4 (2010): 5-10.
6. YAVA, Ayla et al. – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. **Stress and Health**. 27 (2011) 36-47.
7. HONKUS, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. **Critical Care Nurs**. 26, 3, (2003): 179-189.
8. NAGEL, Corey et al. – Sleep Promotion In Hospitalized Elders. **MEDSURG Nursing**. ISSN 10920811. 12, nº5 (2003): 279-290.
9. LEI, Zhang et al. – Sleep Quality and Sleep Disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. **Journal of Critical Nursing**. 18, (2009): 2521-2529.
10. LI, Shu-Yen et al. – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient’s sleep quality in a surgical intensive care unit. **Journal of clinical Nursing**. 20, (2011): 396-407.

11. CM, Dennis et al. - Benefits of quiet time for a neuro-intensive care patients. **Journal Neurosci Nurs**. Agosto, (2010): 217-214.
12. NASCIMENTO, Filipe; SILVA, Julyana- **Avaliação: o que é e qual sua importância?** Enciclopédia Biosfera. 5, (2008). ISSN 1809-05831
13. MENDES, Sofia - **Avaliação da Formação: Uma Constante Necessária**. Sinfic SA. [Em Linha]. 2008. [Consult. 20/3/2013]. Disponível em: <http://www.sinfic.pt/SinficWeb/displayconteudo.do?numero=24933>
14. MORON, Marie – **Conceção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. Porto Alegre, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, 1998. [Em Linha]. Dissertação de Mestrado em Administração de empresas, opção sistemas.
15. LIMA, Suzinara; ERDMANN, - **A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência**. Acta Paulista de Enfermagem. [Em Linha]. 19 (2006):271-278.
16. GOLDSTEIN, I. e GESSNER, J. Training and development in work organizations. **International Review of Industrial and Organizational Psychology**. [Em Linha]. 1998: 43-72.
17. TANNENBAUM, S.; MATHIEU, J.; SALAS, E. - Meeting trainees' expectations: the influence of training fulfillment on the development of commitment, self-efficacy, and motivation. **Journal of Applied Psychology**. [Em Linha]. 76, (1991): 759-769.
18. FORTIN, Marrie – **O processo de investigação: da conceção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, (2009). ISBN: 978-972-8383-10-7.
19. BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, (1997)

APÊNDICE XVII

RESUMO DO POSTER “O SONO DOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS”

O SONO NOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:

Sousa, Ana¹; Veludo, Filipa².

INTRODUÇÃO

As alterações no padrão normal do sono são comuns nos clientes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI) e podem levar a disfunções fisiológicas e psicológicas que aumentam a morbidade e mortalidade. As perturbações do sono assentam numa etiologia multifatorial, havendo evidência de que as principais causas centram-se em aspetos inerentes ao ambiente, ao comportamento dos profissionais de saúde, prejudicando a qualidade do sono e a recuperação do cliente. Estudos mostram que há necessidade de sensibilizar e educar os profissionais de saúde para a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbadores do sono e melhorem a qualidade do sono do cliente internado (Nicola`s, et al., 2008; Ugras, Özteki, 2007; Yava, et al., 2011)

OBJETIVO

Sintetizar as principais causas de perturbação do sono no cliente internado em UCI.

METODOLOGIA

Na resposta à questão de partida: Quais as potenciais causas de perturbação do sono dos clientes internados em UCI? – efetuou-se pesquisa nos motores de busca EBSCOhost (Cinahl Plus, MEDLINE, DARE, Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection:

¹ Estudante de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. anaritasousa00@gmail.com.

² Tutora de Estágio. Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. fveludo@ics.lisboa.ucp.pt

Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete) e b-on com os seguintes descritores: “intensive care” AND sleep AND nurs*.

Como critérios de inclusão definimos clientes internados em UCI. Foram considerados critérios de exclusão clientes inconscientes, sob sedação ou ventilação invasiva em volume controlado e contexto materno-infantil. O limite temporal da pesquisa foi de Janeiro de 2000 até Setembro de 2012. Selecionou-se um total de 105 artigos em formato de texto completo dos quais se excluíram 53 pela leitura do título e 30 pela leitura do resumo, finalizando um total de 22 artigos para análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados preliminares indicam que as principais causas da perturbação do sono dos clientes internados em UCI são o ruído, a iluminação constante e as ações dos profissionais. A qualidade do sono dos pacientes depende de uma intervenção multidisciplinar centrada na diminuição dos estímulos externos.

CONCLUSÃO

As principais causas da perturbação do sono dos clientes internados assentam em fatores ambientais passíveis de controlo através de mudança de comportamentos da equipa de saúde. Assim, consciencializar os profissionais de saúde sobre as causas perturbadoras do sono e repouso dos clientes, delinear programas e estratégias de mudança de comportamentos que promovam o conforto físico e mental, devem ser uma prioridade com vista a melhoraria da qualidade do sono do cliente internado e consequentemente potenciar a sua reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BAKIM, Hastalarin; ORTAM, Unitesinin; GORUSLERI, Ozelliklerine – Opions of patients on physical environmental features of Intensive care units. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*. (2010) 33-46.
- CLOSS, S. José; REID, Innes – Sleep disturbance: the patient care activities applied at night shift in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 14 (2006) 102-106.

- DUNN, Heather; ANDERSON, Mary; HILL, Palmela – Nighttime Lighting in Intensive Care Units. *Critical Care Nurses*. Vol. 30, nº3 (2010) 31-37.
- ELIASSEN, Kirsten; HOPSTOCK, Laila - Sleep promotion in the intensive care unit: A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (2011) 138-142.
- ELLIOTT, Rosalind; MCKINLEY, Sharon; CISTULLI, Peter - The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 48 (2011) 384-400.
- GADALEAN, Ioana; CHEPTEA, Marilena; CONSTANTIN, Ioana – Evaluation of Patient Satisfaction. *Applied Medical Informatics*. Vol. 29, nº4 (2011) 41-47.
- GANZ, Freda – Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*. Vol. 32, nº2 (2012) 19-25.
- HELLSTROM, Amanda; FAGERSTROM, Cecilia; WILLMAN, Ania – Promoting Sleep by Nursing Interventions in Health Care Settings: A systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Third Quarter (2011) 128-142.
- HONKUS, Vicky – Sleep Deprivation in Critical Care Units. *Critical Care Nurs*. Vol. 26, nº3 (2003) 179-189.
- KALIMOWSKI, Christiane – Dream Weaver. *Nursing Management*. April (2002) 48-49.
- KALIMOWSKI, Christiane – Nature's nurse: promoting sleep in the ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 21, nº 1 (2002) 32-35.
- KALFON, Pierre – Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 36 (2010) 1751-1758.
- LEI, Zhang et al. – Sleep Quality and Sleep Disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Critical Nursing*. 18 (2009) 2521-2529.
- LI, Shu-Yen et al. – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patient's sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of clinical Nursing*. 20 (2011) 396-407.
- MABBOTT, Irene – Nursing Interventions to Alleviate insomnia. *Nursing Older People*. Vol. 24, nº4 (2012) 14-18.
- NAGEL, Corey et al. – Sleep Promotion In Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*. Vol. 12, nº5 (2003) 279-290
- NICOLAS, Ana et al. – Perception of night-time sleep by surgical patients in a intensive care unit. *British Association of Critical Care Nurse – Nursing in Critical Care*. Vol. 13, nº 1 (2008) 25-33.
- PARTHASARATHY, Sairam; TOBIN, Martin – Sleep in the intensive Care Unit. 30 (2004) 197-206.
- RICHARDSON, Annette et al. – A comparison of sleep assessment tools by nurses and patients in critical care. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (2007), 1660-1668.
- SCOTT, Linda et al – Effects of Critical Care Nurses Work hours on vigilance and patients safety. *American Journal of Critical Care*. Vol. 15, nº1 (2006) 30-37.

TAMBURRI, Linda et al. – Nocturnal Care Interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*. Vol.13, nº 2 (2004) 102-112.

TASTAN, Sevinç et al. – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatol. J. Clinical Investigation*. 4 (2010) 5-10.

UGRAS, Gulay; OZTEKIN, Seher – Patient Perception of Environment and Nursing factors contributing to sleep disturbances in Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 212 (2007) 299-308.

YAVA, Ayla et al – Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*. 27 (2011) 36-47.

APÊNDICE XVIII

POSTER: O SONO DOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

APÊNDICE XIX
REGULAMENTO INTERNO DA EIHSCP

Nome da Instituição	REGULAMENTO EQUIPA INTRA-HOSPITALAR SUPORTE CUIDADOS PALIATIVOS	Data de entrada em vigor	__/__/__
		Revisão X	__/__/__
		Próxima revisão	__/__/__
		Cód. documento	REG

I. INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são cuidados totais e ativos, prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida (Decreto Lei nº101/2006). Esta abordagem aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento sintomático e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (World Health Organization, 2007).

A Equipa Intra Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, como equipa multidisciplinar do hospital de agudos, com formação em cuidados paliativos. De acordo com o decreto-lei nº101/2006, esta equipa presta cuidados em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto e tem como finalidade “prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação” (Despacho n.º 7968/2011, pág. 3862).

II. SIGLAS

EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial da Saúde

III. REFERÊNCIAS

Diário da República – I Série A – nº 109/ 6 Junho de 2006

Programa Nacional Cuidados Paliativos

Regulamento Interno do Serviço Oncologia Médica

Diário da República, 2.ª série — N.º 107/ 2 de Junho de 2011. Despacho n.º 7968/2011

World Health Organization - Palliative Care Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes. WHO Library Cataloguing. [Em Linha]. 2007. ISBN 92 4 154734 5.

IV. OBJETIVOS

Os principais objetivos são assegurar:

- Prestar tratamentos paliativos complexos a todos os doentes em cuidados paliativos, independentemente da patologia;
- Assessorar e colaborar com as equipas prestadoras de cuidados no controlo sintomático, apoio psico-social, emocional e espiritual ao doente internado e família;
- Assegurar o atendimento telefónico por linha direta durante o horário de funcionamento da consulta;
- Apoiar a nível psico-emocional o doente e familiares e/ou cuidadores, incluindo no período do luto;
- Propor transferências necessárias para as diferentes tipologias da RNCCI que proporcionam respostas no âmbito dos cuidados paliativos;
- Divulgar os objetivos e natureza da EIHS CP na instituição;
- Promover formação em cuidados paliativos às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados.

V. MISSÃO E VALORES

❖ MISSÃO

A EIHS CP pretende:

- Promover a qualidade de vida a doentes com doença incurável avançada e apoio aos seus familiares e/ou cuidadores informais, consultadoria e orientação aos profissionais de saúde;
- Prestar cuidados fundamentados tendo em conta a evidência científica;
- Estabelecer parcerias com as equipas de cuidados paliativos da comunidade;

- Colaborar no ensino de estudantes e profissionais na área da medicina paliativa;
- Promover a formação na área dos cuidados paliativos;
- Participar em estudos de investigação e ensaios clínicos relevantes para a sua área de atuação;
- Contribuir para o prestígio do CHS ao manter o nível de cuidados ajustados aos padrões de qualidade na sua área.

❖ VALORES

A EIHS CP tem como valores:

1. A excelência da prática médica e de enfermagem;
2. A ética profissional;
3. O respeito pela confidencialidade e dignidade do doente;
4. A atenção às necessidades dos doentes e familiares;
5. A morte é entendida como um processo natural nada se fazendo para a acelerar ou prolongar.

VI. COMPOSIÇÃO

A EIHS CP deve integrar na sua composição: um **núcleo executivo** e um **núcleo de membros dinamizadores** ou elos de ligação. Os profissionais que integram estes núcleos são nomeados pelo Conselho de Administração do CHS-HSB e pelos Enfermeiros Chefes e Diretores de cada serviço, de entre os profissionais que manifestem competências, sensibilidade e interesse por esta temática. Assim:

❖ NÚCLEO EXECUTIVO

Tem como função proporcionar cuidados de qualidade à pessoa e família em fim de vida. É constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, assistente social, assistente espiritual e psicólogo, a saber:

Médicos -

Enfermeiros –

Psicólogo –

Assistente Social –

Assistente Espiritual –

A coordenação da equipa é da responsabilidade da Dra. X e Enfermeira Y.

❖ **NÚCLEO DE MEMBROS DINAMIZADORES OU ELOS DE LIGAÇÃO**

Deve ser composto, sempre que possível por dois membros de cada grupo profissional como maior relevância no CHS, de forma assegurar a continuidade das atividades. Deve ser atribuída a esses profissionais formação relevante sobre à temática dos cuidados paliativos e EIHSCP para que possam desempenhar adequadamente as suas funções.

Tem como função:

- Articulação entre a EIHSCP e os serviços da instituição X, ampliando e facilitando a referenciação dos doentes e famílias com critérios para serem integrados na equipa;
- Prestar ações paliativas;
- Replicar a formação consoante a necessidade do serviço.

VII. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

1. LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO

A EIHSCP funciona no Serviço de Oncologia, consulta externa, piso 1, todos os dias úteis, das 8:30 às 16:00.

2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

Serão assistidos pela EIHSCP:

- Quaisquer doentes e famílias em situação de doença incurável, avançada e progressiva quando a terapêutica não tem qualquer fim curativo;
- Residentes na área de influência do CHS.

3. REFERENCIAÇÃO

As pessoas e famílias em situação paliativa podem ser referenciadas pelos diferentes serviços do CHS, por outros hospitais desde que os doentes pertençam a área de influência do CHS e pelo agrupamento dos Centros de Saúde Setúbal/Palmela.

Esta referenciação pode ser feita por qualquer elemento da equipa prestadora de cuidados (médico e enfermeiro), sendo sempre do conhecimento de ambos, através do preenchimento “Formulário/Ficha de Referenciação à Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em Cuidados Paliativos” (anexo I).

4. ATIVIDADES DA EIHS CP

A EIHS CP exerce funções de prestador de cuidados, consultor e referenciador para RNCCI e recursos da comunidade.

4.1. Consultas

A EIHS CP tem a obrigatoriedade de marcar as consultas até à data de 1 mês, após recepção do pedido de consulta, serão no entanto analisados todos os pedidos de consulta e realizada triagem de situações

4.1.1. Consultas programadas

Horário: 2^{af}: 15h-17h; 3^{af} a 6^{af}: 10-13:30 horas.

O agendamento é da responsabilidade dos médicos e enfermeiros da equipa, segundo critérios clínicos rigorosos.

4.1.2. Consultas não programadas

O doente/família pode recorrer ao serviço de oncologia das 9h às 16h em situação de consulta não programada, sendo observado por um enfermeiro da EIHS CP que realizará a consulta e procederá ao encaminhamento.

4.2. Internamento

As visitas aos serviços de internamento realizam-se das 9-10 horas.

Após ter recebido o pedido realizada na folha de referenciação, a EIHS CP tem a obrigatoriedade de observar o doente até às 72 horas úteis.

A primeira observação é realizada pelo médico e pelo enfermeiro da EIHS CP e realizado um plano de intervenção individual com a equipa prestadora de cuidados. As avaliações

seguintes serão realizadas pelo enfermeiro da consulta e sempre que necessário encaminhado para o médico ou outro elemento da equipa.

Aquando da alta o doente/família fica com consulta de cuidados paliativos agendada, sendo a comunicação com a família da responsabilidade da equipa prestadora de cuidados onde o doente se encontra internado.

4.3. Apoio no processo de luto

Quando um doente falece é discutido na equipa a pertinência das intervenções abaixo descritas, ficando esta reunião registada no processo clínico.

- Realizar telefonema uma semana após o falecimento do doente, com o objectivo de dar as condolências e disponibilizar os recursos existentes na equipa, nomeadamente o apoio do psicólogo, do assistente espiritual e dos ateliês do hospital na comunidade, nomeadamente o atelier de “Intervenção de enfermagem no Apoio ao Cuidador”.
- Realizar telefonema ao fim de 1 mês e ao fim de 1 ano da data de falecimento com o objetivo de despistar o luto patológico. Este telefonema só se realiza se houver suspeita de luto patológico.
- Enviar a carta de condolências durante a primeira semana após a data de falecimento.
- Realizar os registos de todas as intervenções.

4.4. Referenciadores

Desempenhamos esta função através da plataforma da RNCCI e do envio de fichas de ligação as ECCI de setúbal e palmela. No processo de articulação com estas EECI, realizam-se reuniões quinzenais com as mesmas.

VIII. FUNÇÕES ESPECÍFICAS DOS MEMBROS DA EIHSCP

❖ DO NÚCLEO EXECUTIVO:

i. Competências do Médico

- a) Avaliar a situação clínica do doente internado ou que recorre a consulta visando uma avaliação sintomática, psicossocial e espiritual.
- b) Estabelecer objetivos terapêuticos e verificar sistematicamente o seu cumprimento.

- c) Informar o doente/família/cuidador sobre as diferentes modalidades de tratamento e os seus efeitos adversos a curto e longo prazo.
- d) Articular-se com a equipa prestadora, no sentido de encontrar soluções adequadas à situação clínica do doente.
- e) Realizar relatórios com a situação clínica atual.
- f) Prestar apoio no processo de luto.

ii. Competências do Enfermeiro

- a) Identificar as necessidades globais do doente e família/cuidador, e o respetivo fenómeno de enfermagem, valorizando as múltiplas dimensões do sofrimento;
- b) Planear e orientar as acções de enfermagem de acordo com o plano global de cuidados, tendo por base as prioridades estabelecidas pelo doente, familiar/cuidador;
- c) Apoiar a equipa de enfermagem dos diferentes serviços no planeamento e prestação dos cuidados necessários ao doente e/ou familiar/cuidador;
- d) Colaborar na avaliação dos resultados dos cuidados prestados e dos tratamentos implementados, incentivando a utilização dos instrumentos de avaliação e de registo vigentes na instituição.
- e) Administração de terapêutica e vigilância de doentes afetos a EIHS CP que recorrem ao hospital de dia em situação de urgência.
- f) Monitorização sintomática, atendimento telefónico e registos.
- g) Prestar apoio no processo de luto.

iii. Competências do Psicólogo

- a) Orientar, aconselhar e intervir psicologicamente com os doentes referenciados e seus familiares/cuidadores.
- b) Participar em conferências familiares.
- c) Avaliar a morbilidade psiquiátrica para referência do doente à Psiquiatria.
- d) Participar em iniciativas que visem a prevenção do Burnout.

iv. Competências da Assistente Social

- a) Colaborar na avaliação das necessidades psicossociais do doente e família/cuidador com a equipa prestadora de cuidados.
- b) Articular com a equipa prestadora de cuidados, o apoio a prestar ao doente/família/cuidador ao nível de recursos, serviços e desenvolvimento de competências.
- c) Colaborar na formação em Cuidados Paliativos dos profissionais das equipas prestadoras de cuidados, em especial à Equipa de Serviço Social.
- d) Colaborar na avaliação dos resultados, propondo alterações que conduzam a uma maior eficácia no apoio psicossocial aos doentes e famílias/cuidadores.

v. Competências do Assistente Espiritual

- a) Garantir apoio espiritual, através da escuta empática e de acompanhamento espiritual e/ou religioso, incluindo a celebração do culto (Exemplo: sacramentos, oração);
- b) Dar apoio humano e espiritual, quando solicitado, aos familiares e aos profissionais;
- c) Receber os pedidos de apoio espiritual dos utentes de diferentes credos, canalizando-os para as respetivas comunidades religiosas;
- d) Colaborar na formação em cuidados paliativos, nas áreas da espiritualidade/religiosidade.

❖ DO NÚCLEO DE MEMBROS DINAMIZADORES

- a) Sensibilizar e formar a equipa para as questões dos cuidados paliativos;
- b) Identificar as necessidades da equipa face à temática da pessoa e família em fim de vida;
- c) Participar na elaboração de normas para o respetivo serviço, com base nas recomendações da EIHS CP, implementar e acompanhar o cumprimento das mesmas;
- d) Identificar doentes e famílias com critério para acompanhamento pela a EIHS CP e proceder a sua referênciação;
- e) Colaborar nas auditorias às práticas nos respetivos serviços;

- f) Participar e dinamizar ações de formação promovidas no serviço na área de acompanhamento do doente e família em fim de vida.

IX. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades da EIHS CP serão objeto de um relatório semestral, a que a ser discutido no Grupo Multidisciplinar cujos elementos tornarão possível uma avaliação correta do movimento, resultados, custos benefícios, etc., no sentido de melhorar a capacidade de resposta.

Serão alvo de avaliação:

- Número de consultas médicas e de enfermagem;
- Numero de técnicas de enfermagem realizadas em hospital de Dia (técnicas instrumentais e relacionais)
- Intervenções na comunidade
- Consultas internas

Neste sentido deve ser promovida a informatização de todas as atividades de modo a garantir uma rápida e fiel imagem do funcionamento da EIHS CP.

X. ASPETOS ÉTICOS E RELIGIOSOS

Serão respeitados todos os princípios éticos no tratamento dos doentes e/ou familiares/cuidadores, bem como tido em consideração o credo religioso ou outras convicções que o doente e/ou familiares/cuidadores sintam como seu direito.

XI. MELHORIA DA QUALIDADE

Indicadores de Qualidade/Auditorias

Na EIHS CP deverão estar implementados processos de avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Assim, deverão ser monitorizados, regularmente, os seguintes indicadores:

(Faltou serem definidos pela equipa)

Elaboração Nome de quem elaborou o documento	Revisão Director do Serviço	Ratificação Conselho de Administração Data:
--	---	---

APÊNDICE XX

FOLHA DE CONTROLO SINTOMÁTICO CONSTRUÍDA PARA A EIHSCP

AVALIAÇÃO SINTOMÁTICA

Identificação

Escala de Edmonton
 Escala de avaliação sintomática com 10 itens, em que 0 é a intensidade mínima de um sintoma e 10 a intensidade máxima.

SINTOMA	INTENSIDADE
Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sensação de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SINTOMAS										
Dor										
Cansaço										
Náusea										
Depressão										
Ansiedade										
Sonolência										
Apetite										
Sensação de bem-estar										
Falta de ar										

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE XXI

O ENFERMEIRO E A MORTE DOS SEUS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

O ENFERMEIRO E A MORTE DOS SEUS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

The Nurse and the Death of their Loved Ones: Report of an Experience

Autores:

Sousa, Ana; Veludo, Filipa

RESUMO

Considerando que não é possível dissociar as aprendizagens profissionais da globalidade do nosso ser e que o ser profissional depende das nossas experiências pessoais e vice-versa, no decorrer do estágio de cuidados paliativos do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, mediado pela Universidade Católica Portuguesa, a estudante foi confrontada com a morte inesperada de um familiar. No presente artigo iremos descrever a situação analisando os sentimentos e necessidades dos enfermeiros perante a morte.

A partilha de experiências constitui-se um o motor de arranque de um percurso em constante construção e para que sejamos capazes de escutar o outro, explorar o seu próprio sofrimento e ajudá-lo a superá-lo temos que ser conscientes das nossas próprias limitações e dos nossos medos.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Pela especificidade do ambiente hospitalar, a temática da morte inesperada ou súbita é normalmente desconhecida e embora experientes a enfrentar a morte daqueles com quem prestamos cuidados, quando confrontados com a perda de um ente querido surgem sentimentos de tristeza, impotência, frustração, vazio e angústia.

A experiência assistencial de pessoas e famílias em situação paliativa, “obriga-nos” a reviver memórias, crenças, medos, dúvidas face à morte e a rever a nossa postura perante a vida.

Ao raiar do dia, enquanto se preparava para ir trabalhar, a enfermeira foi informada que um dos meus familiares se tinha sentido mal e que tinham chamado o INEM. Passados 10min do telefonema chegava a casa da vítima deparando-me com a equipa de socorro a sair do quarto e a tirar as luvas. Sabia exatamente o que significava aquela

expressão, ainda mais porque conhecia muito bem os elementos daquela equipa. Os minutos iniciais foram de raiva, angustia, negação, de questionar a atuação da equipa, de culpa e de ir certificar-se que estava efetivamente morto, culminando tudo isto numa atitude de resignação. O “aceitar” da realidade deve ter demorado cerca de 15min, momento em que se lembrou que a esposa e filho estavam na sala e que provavelmente estariam em estado de choque. Dirigindo-se a sala, abraçou-os, beijou-os e na tentativa de ganhar mais alguns momentos antes de ficar perto deles, voltou para perto da polícia e equipa do INEM, ocupando-se das diligências inerentes ao processo e da preparação do corpo e acomodação do mesmo no saco de cadáver e recolha dos bens que ainda tinha. Colaborar no ritual de preparação do corpo e de recolha dos bens do falecido, tocar o corpo e participar neste ritual, é entendido por alguns autores como forma de ajudar o trabalho do luto, que quando é eficaz permite integrar a noção de perda e torna possível a elaboração de um projeto de vida que se faz sem aquele que morreu ^(1,2). O afastamento inicial foi propositado, surgiu da tomada de consciência da importância de que o estar “só”, refletir sobre os seus sentimentos e experiências anteriores, contactar com o corpo do falecido e despedir-me, era imprescindível para a integração da perda e preparação para a nova etapa.

A vítima era um senhor de 62 anos, independente, sem antecedentes pessoais relevantes que tinha saído para ir a pesca e como não se estava a sentir bem voltou para casa para descansar um pouco. Minutos depois de se ter deitado na cama ao pé da esposa, esta apercebeu-se que a sua respiração não era normal chamou o INEM e o vizinho que prontamente iniciou Suporte Básico de Vida (SBV).

Com dificuldade naquele momento de prestar apoio à família, nos primeiros momentos a sua atuação prendeu-se pela presença, toque terapêutico, escuta ativa, silêncio, disponibilidade e compreensão para tentar entender as emoções daqueles dois familiares e as suas. Centrando-se na individualidade de cada perda, naquele momento tentava procurar as ferramentas certas para agir, sabendo que inicialmente a não ação e o silêncio eram a postura mais correta. Watzlwick et al.,1981, citado por Pereira (p. 58) defendeu que “todo o comportamento, incluindo o silêncio, constitui uma comunicação (...)” e que não é conveniente o excesso de palavras de consolação, porque podem soar a vazio, acelerar a revolta e até adiar a conveniente adaptação à subsequente fase do luto; a presença discreta, afetiva e efetiva pode facilitar a descarga dos enlutados, facilitando a sua adaptação a nova situação ⁽³⁻⁵⁾.

Considerando que o luto não é um processo linear e está diretamente ligado as características individuais de personalidade e a intensidade da relação que se manteve com o falecido, no sentido de identificar quais as necessidades dos familiares enlutados, o silêncio, a escuta ativa, a presença e a observação foram as ferramentas que permitiram uma avaliação prévia e o início de um projeto de ajuda pertinente ⁽⁶⁾.

A expressão da dor e choque foi diferente entre a mãe e os filhos; a mãe expressava a sua raiva, descredito e dor inicialmente através do choro e comunicação verbal, enquanto os filhos se mantinham em silêncio, sem derramar uma lagrima, mas com expressão facial de pânico enquanto observavam as atitudes da mãe. Elucidá-los de que a reação da esposa do falecido era normal e de que a única coisa que poderíamos fazer naquele momento era estar presentes, apoiá-la e dar-lhe tempo foi a forma que encontrada para os serenar.

Identificando a presença das diferentes fases de luto descritas por Kübler-Ross, aquela que predominou durante o primeiro dia foi a fase da negação, passando por um período de amnesia transitório, acompanhado de um mal-estar geral, tonturas, cefaleias, náuseas e falta de ar. No estudo realizado por Habekoste e Areosa, tal como o referido por outros autores, conclui-se que além dos sintomas psicológicos a experiência do luto desencadeia sintomas físicos que não possuía antes da perda ⁽⁶⁾. Esta situação gerou o pânico em todos os familiares, chegando a questionar a familiar enfermeira da necessidade de chamar o INEM. Reconhecendo a situação como normal, procurou estratégias com vista ao controlo sintomático já prescrita para outras situações. Passados 5 longos minutos continuava com as mesmas queixas, referindo ainda aperto no peito e já em dúvida das suas ações, a enfermeira sentiu necessidade de validar as mesmas com alguém que considera perito na área.

A calma deu lugar a amnesia e ao questionamento incessante de toda a situação: “o que estou aqui a fazer no sofá?”, “Onde está ele?”, “Porque é que estou de pijama?”, “O que é que estão todos a fazer aqui?”, “Não devias estar a trabalhar?”. Perante este novo quadro, inicialmente a colega limitou-se a pedir que bebesse o chá que já lhe seria explicado tudo; precisava de tempo para tentar decidir o que lhe iria dizer e no seu íntimo esperava que algum dos presentes a ajudasse e dissesse algo.

Pereira e Riley apoiam a nossa experiência profissional de que não existe uma receita para comunicar más notícias ou para ajudar a superar mais facilmente o luto,

assumindo a relação interpessoal, na vertente da relação de ajuda, o tipo de interação fundamental à prática dos profissionais de saúde para desenvolver um processo de comunicação que responda às necessidades específicas de cada pessoa com quem interagem, estabelecendo um clima de segurança afetiva e de confiança mútua ^(3,5). Como ninguém foi capaz de lhe responder, estando os presentes envoltos na sua dor e choro, lembrando todo o seu percurso profissional e pessoal, a experiência decorrente das suas recentes aprendizagens e pesquisa já realizada, sentando-se no chão à frente da viúva e segurando nas suas mãos, olhando-a nos olhos e socorrendo-se das linhas orientadoras do protocolo de más notícias de Buckman iniciou o processo de comunicação da má notícia ⁽⁷⁾. Na tentativa de recorrer a sua memória, ia-lhe fazendo pequenas questões, reservando algum tempo para que pudesse responder; não se lembrava de nada nem do dia anterior nem daquele dia e com as questões e respostas foi chegando até ao momento da morte. A reação foi de negação e de descrença do que lhe era contado e perguntando a todos os presentes onde estava o falecido e pedindo-lhes que lhe dissessem a verdade repetindo que aquela familiar lhe estava a mentir e que não acreditava nela. Foi necessário repetir a história várias vezes, de formas diferentes, tendo entendido a repetição da pergunta “Onde está o Zé?” sempre como uma forma de obter diferentes respostas. Inicialmente respondia-se sempre que esta morto e depois chorando copiosamente optou por lhe ir dando respostas associadas a morte: “Ele foi agora para o hospital”, “Você fez tudo o que estava ao seu alcance para o ajudar, disse-lhe para irem ao hospital, chamou o INEM e os vizinhos”, “Ainda se tentou reanimar, mas estava em assistolia”, “Ele não tinha expressão de dor”, “Eu cuidei dele antes de o levarem; limpei-o e ajudei a polícia a tratar do corpo”, etc... A pouco e pouco ela ia reconhecendo na expressão facial dos restantes a veracidade daquelas palavras e por fim, quando em silêncio lhe segurava as mãos, fitando o seu olhar perguntou pela última vez “ele esta mesmo morto?”. Não foi necessária qualquer resposta... abanando a cabeça afirmativamente a viúva agarrou-se a sua nora a chorar, gritando e perguntando-me “o que é que faço agora”, “como vai ser a minha vida” e reiniciou a fase inicial de raiva e negação consciente. Intervir no sentido de contrariar a negação foi uma das prioridades, porque quando a atitude de negação é reforçada, torna-se mais difícil passar para as outras fases do luto e conseqüentemente encaminhar rumo à aceitação ⁽⁶⁾.

A comunicação centrou-se na ideia de diversos autores de que é importante avaliar se o paciente está pronto para ouvir a notícia, usar uma linguagem clara e simples,

expressar tristeza pela dor do paciente, dar informação de forma gradual respeitando e acompanhando o ritmo do paciente, ser realista evitando minimizar o problema e assegurar que o paciente tenha suporte emocional de outras pessoas ⁽⁷⁻⁹⁾. Relativamente a este processo Masmann citado por Cólón, acrescenta ainda que talvez seja necessário repetir a informação mais que uma vez ⁽⁸⁾.

Embora aquela familiar soubesse que havia muito mais para fazer e de que os filhos precisavam também de compreensão e apoio, naquele momento precisava de se afastar por momentos e gerir o seu sofrimento e stress gerado com a situação. Tal como Twycross defendeu, dar más notícias provoca habitualmente perturbações, tanto à pessoa que recebe como à pessoa que as dá, mas cria a oportunidade para o apoio mútuo ⁽¹⁰⁾. Garantindo que os familiares ficavam com a viúva e deixando a oportunidade de a contactarem caso sentissem necessidade, passados 30 min de toda a situação e sabendo da necessidade de ir a funerária, disponibilizou-se para ir com um dos filhos, fazendo todo o percurso a pé em silêncio de mãos dadas.

Já na funerária, embora entendesse que o momento era muito doloroso, optou por não substituir o filho no processo de tomada de decisão face aos pormenores do velório, considerando que o mesmo se constituía como uma forma de se confrontar com a realidade da morte do seu pai e de prestar uma homenagem ao falecido fazendo as escolhas que lhe pareciam mais adequadas aquilo que seriam os desejos do pai e da mãe.

O dia foi longo e exigiu a presença efetiva e o uso do silêncio por parte da familiar enfermeira, estando as suas preocupações centradas nas necessidades demonstradas pelos familiares mais diretos. Já ao final do dia, a exaustão era o sentimento geral de todos os presentes e depois de ter tentado utilizar várias estratégias centradas na negociação e apresentação de diferentes tipos e formas alimentares no sentido de conseguir alimentar, apresentando sintomas característicos de hipoglicemia e ansiedade e certa da necessidade que tinha de descansar, optou por recorrer ao uso de medidas farmacológicas já habituais. Barbosa ⁽⁹⁾, diz que a medicação deve “ (...) ser utilizada transitoriamente quando a ansiedade e depressão estão a interferir com as atividades quotidianas ou com a capacidade de negociar o luto”(pg. 388). A administração da mesma foi consentida pela viúva, acabando por decidir ir para casa do filho, estando menos chorosa e aparentemente mais serena.

Perante o silêncio entre a mãe e filhos enlutados e ciente da necessidade de que começassem a comunicar e caminhassem autonomamente no sentido de vivenciar o luto familiar, no dia seguinte a morte a enfermeira/familiar optou por não evitar que filho e mãe ficassem sozinhos em casa, pensando que este momento pudesse promover a comunicação entre eles. Ao chegar a casa constatando que a viúva ainda permanecia na cama com o quarto escuro e o que o filho estava no sofá a olhar para o vazio, percebeu que era muito cedo para iniciar a partilha e o processo conjunto sendo necessário permitir inicialmente uma vivência individual do luto. Depois de cumprimentar aquele que se encontrava no sofá e de procurar saber como tinha sido a manhã, dirigiu-se ao quarto e deitando-se na cama com a senhora, numa atitude de conforto e disponibilidade para a ouvir e acompanhá-la no início de aquele novo dia, deixou-a chorar quando parecia mais calma perguntou-lhe se estava preparada para começar um novo dia.

Durante os três primeiros dias de fortes emoções aquela familiar que de profissão era enfermeira esteve sempre presente, de mão dada, a maior parte das vezes em silêncio, mas sentindo que essa era a necessidade daquela família.

CONCLUSÃO

Pelas especificidades da profissão e as inúmeras situações de morte já vivenciadas, os enfermeiros consideram-se muitas vezes imunes e treinados para lidar com a perda e o luto e a nossa preocupação centra-se num saber-estar profissionalizado sem que, no entanto, se consiga uma convergência entre o sentir, o dizer e o fazer. Perante este quadro de morte súbita e a proximidade com os enlutados a familiar enfermeira refere que parte mais difícil de todo este processo foi a gestão dos sentimentos, a sensação de impotência, a angústia de muitas vezes não saber o que fazer ou dizer, a impaciência com o silêncio do seu companheiro e a dependência da sua presença, o que em muitos momentos foi sufocante. No confronto com a situação de perda, o resultado é de ambivalência, fruto de experiências anteriores e perdas profissionais e pessoais não resolvida.

Com a tomada de consciência das nossas limitações, tanto pessoais como relativas às circunstâncias, o enfermeiro desenvolve o seu autoconhecimento e cria estratégias próprias de resiliência que lhe permite poder ser mais genuíno de prestar uma

assistência humanizada e centrada nas necessidades individuais de cada ser, permitindo ainda o fortalecimento de laços e a aquisição de uma nova postura perante a vida.

Nesta profissão em que amago é o cuidado, reconheço o acompanhamento como um benefício para aqueles que são cuidados, mas principalmente para aquelas que cuidam, uma vez que nos permite uma introspeção sobre as questões essenciais da vida e qual o caminho a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima, Patricia; Simões, Silvia. O Luto. **Nursing**. 2007; 227, 45- 48.
2. Maliski, Sally – Lidar com a Perda e o Luto. In Sorensen e Luckman - **Enfermagem Fundamental – Abordagem psicofisiologia**. 3ª Ed. Lisboa, Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-96610-6-5.p. 1851-1882.
3. Pereira, Maria Aurora - **Comunicação de más notícias e gestão de luto**. Coimbra: Formasau, 2008.
4. Bernardo, F. - Apoio sadio nas situações de luto. **Enfermagem Oncológica**.1998; 7, 55-46.
5. Riley, Julia Balzer. **Comunicação em Enfermagem**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 2004.
6. Habekoste, Aline; Areosa, Silvia - **O Luto inesperado**. IV Jornada de pesquisa em Psicologia: Desafios atuais nas práticas de psicologia. [Em Linha]. Universidade de Santa Cruz do Sul, (2011): 188-202. Disponível em: http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10197
7. Buckman R.- **Breaking Bad News: A Guide for Healthcare Professionals**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
8. Colón, K.M.- **Bearing the bad news**. Minesota Medicine. 1995; 78, 10-14.
9. Barbosa, António - Processo de Luto. In: Barbosa, António; Galriça, Isabel. (eds.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª edição. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2006, 487-532.
10. Twycross, Robert - **Cuidados Paliativos**. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

APÊNDICE XXII

PROJETO PARA A CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE ELEMENTOS DINAMIZADORES DA EIHSCP

PROJETO PARA A CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE ELEMENTOS DINAMIZADORES DE UMA EQUIPA INTRAHOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS

FUNDAMENTAÇÃO

A partir do último século, o aumento da longevidade conduziu ao aumento do número de pessoas que sofrem de doenças crónicas, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva. O facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passasse a morrer melhor (Neto, 2006).

Com o objetivo de preconizar o conforto e a qualidade de vida como ideais a seguir, surge, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos, definindo-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias (APCP, 2006).

A Equipa Intra Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), de acordo com o Despacho n.º 7968/2011, concede cuidados em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto e tem como finalidade “prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação” (pág. 3862).

Atualmente os doentes internados no Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo (CHS-HSB) com patologia avançada e incurável representam uma percentagem significativa da ocupação das enfermarias, sendo que necessitam de cuidados específicos que passam pelo controlo sintomático, maximização do conforto e qualidade de vida. Tendo em conta este panorama, há que agilizar o acesso de todos os doentes internados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde que carecem de cuidados paliativos e que se constituem como potenciais utentes de unidades e equipas de cuidados continuados integrados ou com necessidade de continuidade de cuidados em

qualquer das tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Despacho n.º 7968/2011).

Neste sentido revela-se pertinente a criação e formação de um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação a integrar na composição da equipa, cujo a principal função seria a articulação entre a EIHS CP e os serviços do CHS-HSB, ampliando e facilitando a referenciação dos doentes e famílias com critérios para serem integrados na equipa.

Com o crescente aumento do número de doentes com necessidade de cuidados paliativos, a adoção de medidas que visem diminuir estas situações é imperiosa, não podendo vencer a morte, podemos aliviar o sofrimento do doente, ajudando-o a manter a sua autonomia, e respeitando a sua dignidade. Para se promover mudança de atitudes na prestação de cuidados aos doentes em situação paliativa, é necessária formação básica em cuidados paliativos e investigação nesta área, auxiliando o profissional a prestar cuidados com elevado nível de excelência e qualidade (COSTA e ANTUNES, 2012).

OBJETIVOS

❖ **Objetivo Geral**

Promover o conforto dos clientes internados no HSB, com critérios para prestação de cuidados pela EIHS CP, pela criação e formação de um núcleo de elementos dinamizadores ou elos de ligação nos serviços de internamento.

❖ **Objetivos Específicos**

- Averiguar se as equipas de enfermagem do CHS-HSB conhecem a EIHS CP tais como as suas potencialidades para a promoção do conforto da pessoa e família em situação paliativa;
- Criar um núcleo de elementos dinamizadores ou elos de ligação nos serviços de internamento;
- Definir as funções específicas do núcleo de membros dinamizadores;

- Investigar o nível de formação em cuidados paliativos dos futuros elementos dinamizadores dos serviços de internamento;
- Desenvolver um curso de básico de cuidados paliativos a ministrar aos elementos dinamizadores dos serviços de internamento;
- Atualizar o Regulamento Interno da EIHSCP.

DESENHO DO PROJETO:

O projeto será desenvolvido em duas fases, uma vez que não é possível incluir todos os serviços de uma só vez. Assim a 1ª Fase irá de janeiro a junho 2013 e a 2ª Fase: setembro a dezembro 2013.

ETAPAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO:**1ª Etapa**

Reunião com os chefes de enfermagem dos serviços selecionados em cada fase para apresentação do projeto;

2ª Etapa

Aplicação os questionários de diagnóstico da situação às diferentes equipas de enfermagem;

3ª Etapa

Aplicação de questionários diagnósticos do nível de formação em cuidados paliativos aos futuros elementos dinamizadores de cada serviço;

4ª Etapa

Ministrar um curso de formação básica em cuidados paliativos para elos de ligação nos serviços de internamento do CHS.

5ª Etapa

Análise das avaliações do curso.

No decorrer do estágio pretendo colaborar até à 3ª fase, ficando no término do mesmo o plano de formação já definido e a aguardar aprovação por parte do Conselho administrativo e serviço de formação do CHS - HSB.

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população abrangida será os enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento CHS –HSB e outros que se revele pertinente.

Na primeira fase serão incluídos os serviços:

1. Infeciologia/Pneumologia e respetivos hospitais de dia
2. Medicina Interna e respetivo hospital de dia
3. Especialidades médicas
4. Cardiologia

Na segunda fase serão incluídos os serviços:

1. Especialidades Cirúrgicas
2. Gastroenterologia
3. Cirurgias
4. Cuidados Intensivos
5. Urgência
6. Pediatria

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Em anexo.

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Após a devida autorização da Instituição em causa: Informação aos participantes dos objetivos do estudo e forma de participação; garantia do anonimato e confidencialidade; liberdade em desistir de participação em qualquer fase do estudo, se considerar oportuno; partilha dos dados com os respetivos participantes e Instituição.

___ DOCUMENTO COM INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO A FORNECER AOS PARTICIPANTES

Primeira página do questionário em que explica aos participantes o que vai realizar.

Trabalho elaborado por: Ana Rita Sousa

Orientado por :Paula Banha (enf.) e Filipa Veludo (prof.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006) – **Cuidados paliativos: o que são?** [Em linha]. [Consultado a 20/11/2012]. Disponível em: [www<URL:http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>](http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79).

COSTA, M^a Antónia, ANTUNES, M^a Teresa. - Artigo de investigação: Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. **Revista de Enfermagem Referência**. ° 7, (2012). 63-72. [Em Linha]. [Consultado a 30/11/12]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Frr%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D447%26codigo%3D&ei=3KbHUNmUHcew hAfql4CwDg&usg=AFQjCNFVVOuBpJK8VA anCzICmFWztH7dA.

Diário da República, 2.^a série — N.º 107/ 2 de Junho de 2011. Despacho n.º 7968/2011

NETO, Isabel Galriça (2006) – Principio e filosofia dos cuidados paliativos. In BARBOSA, António ; NETO, Isabel Galriça, ed. lit. – **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. p. 17-52.

APÊNDICE XXIII
QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO (EIHSCP)

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estando a realizar a Unidade Curricular Estágio-Módulo opcional na Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

A Equipa Intra Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos de acordo com o decreto-lei nº101/2006 presta cuidados em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo apoio no luto e tem como finalidade “prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação” (pág. 3862). Neste sentido, há que agilizar o acesso de todos os doentes internados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde que carecem de cuidados paliativos e que se constituem como potenciais utentes de unidades e equipas de cuidados continuados integrados e ou com necessidade de continuidade de cuidados em qualquer das tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Despacho n.º 7968/2011).

A assistência prestada pela equipa é benéfica na promoção do conforto do doente e família em fim de vida e de que uma das formas de referenciação dos clientes é através dos profissionais dos diferentes serviços.

Numa fase de diagnóstico da situação gostaria de perceber qual a percepção que a equipa multidisciplinar tem sobre a Equipa Intra Hospitalar Suporte em Cuidados Paliativos.

As informações são confidenciais e anónimas.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pois será fundamental para o desenvolvimento deste projecto.

É muito importante que participe!

Muito Obrigado

Ana Rita Sousa

Co-autoria:

Paula Banha (Enf.) e Filipa Veludo (Prof.)

Questionário

Assinale com um xis (X) a resposta às questões colocadas.

1. Antes deste inquérito tinha conhecimento da existência de uma equipa hospitalar de cuidados paliativos?

SIM

NÃO

2. Se respondeu SIM

- a) Conhece quais são as valências da equipa?

SIM

NÃO

- b) Considera útil a existência de uma equipa de cuidados paliativos na instituição?

SIM

NÃO

- c) Conhece as etapas e critérios de referenciação dos clientes e famílias para a equipa?

SIM

NÃO

3. Se respondeu NÃO

- a) Tendo em conta a descrição feita das funcionalidades desta equipa, parece-lhe útil a existência da mesma no sentido de promover o conforto e qualidade de vida dos doentes e família em fim de vida?

SIM

NÃO

- b) Considera útil obter mais conhecimentos sobre o funcionamento, valências e formas de referenciação para a EIHSCP?

SIM

NÃO

Fim do questionário.

O nosso obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE XXIV

**EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS - QUAL O
CONHECIMENTO DA COMUNIDADE HOSPITALAR?**

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Qual o conhecimento da comunidade Hospitalar?

Ana Sousa

Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
anaritasousa00@gmail.com

Filipa Veludo

Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tutora de Estágio.
fveludo@ics.lisboa.ucp.pt

RESUMO

Com o aumento da longevidade, o número de pessoas que morrem no final de uma doença crónica tem vindo a aumentar, o que torna presente a necessidade de ampliar os recursos para assistir a pessoas e família em situação paliativa.

A Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) constitui-se como um recurso especializado de um hospital de agudos, com reconhecidos benefícios na promoção do conforto do pessoa e família em fim de vida. Uma vez que a referenciação é feita através dos profissionais de saúde dos diferentes serviços, revela-se de extrema importância averiguar qual o conhecimento que a comunidade hospitalar tem desta equipa. Com o intuito de encontrar resposta para esta questão, planeou-se um estudo qualitativo a desenvolver nos serviços de internamento de um hospital de agudos da margem sul. Usando como ferramenta de colheita de dados um questionário, podemos concluir acerca da necessidade de ministrar sessões de esclarecimento concernentes ao funcionamento e potencialidades desta equipa.

INTRODUÇÃO

A partir do último século, o aumento da longevidade conduziu ao aumento do número de pessoas que sofrem de doenças crónicas, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, sendo que, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passasse a morrer melhor ⁽¹⁾. A APCP crê que 90% das mortes que ocorrem em Portugal resultam de doenças crónicas e avançadas ⁽²⁾. Com o objetivo de preconizar o conforto e a qualidade de vida como ideais a seguir, surge, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos, definindo-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estas pessoas e suas famílias ⁽³⁾.

A EIHSCP integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como equipa multidisciplinar do hospital de agudos, com formação em cuidados paliativos. De acordo com o decreto-lei nº101/2006, presta cuidados em qualquer fase da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo apoio no luto e tem como finalidade “prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação” (pág. 3862). Neste sentido, há que agilizar o acesso de todos os clientes internados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde que carecem de cuidados paliativos e que se constituem como potenciais utentes de unidades e equipas de cuidados continuados integrados e/ou com necessidade

contínua de cuidados em qualquer das tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ⁽⁵⁾.

A assistência prestada pela EIHS CP é benéfica na promoção do conforto do doente e família em fim de vida e a sua referenciação é feita através dos profissionais dos diferentes serviços. Como tal, revela-se de extrema importância averiguar qual o conhecimento que a comunidade hospital tem desta equipa.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo tem como principal objetivo descobrir qual o conhecimento que os enfermeiros têm da EIHS CP. Procurando aumentar a compreensão sobre o fenómeno em estudo, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Averiguar se as equipas de enfermagem do CHS-HSB conhecem a EIHS CP;
- Perceber se, no caso de reconhecerem a existência da equipa, conhecem as suas potencialidades e formas de referenciação;
- Compreender qual a importância que atribuem à existência da equipa;
- Indagar acerca da motivação para aumentar os seus conhecimentos sobre a equipa.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo qualitativo, uma vez que o objetivo principal é descobrir qual o conhecimento que a comunidade hospitalar tem da EIHS CP.

Definiram-se como critérios de seleção da amostra todos os enfermeiros dos serviços de internamento do hospital e, como critérios de exclusão, todos os profissionais ausentes no período de 1 a 20 de Dezembro de 2012.

Podemos dizer que a amostragem foi acidental, sendo formada pelos profissionais presentes no período de aplicação do questionário. No cálculo da dimensão da amostra foi considerado o objetivo do estudo e a homogeneidade do fenómeno, procurando obter uma amostra significativa para que fosse possível detetar diferenças estatísticas ⁽⁶⁾.

Tendo como meta estudar as opiniões e perceções de um grande número de sujeitos, optámos por utilizar, como instrumento de recolha de dados, o questionário. A ordem idêntica das questões para todos os sujeitos e as mesmas diretrizes permite-nos assegurar a uniformidade, a fidelidade e facilitar comparações entre sujeitos. Além disto o instrumento utilizado garante o anonimato das respostas, promovendo uma expressão livre das opiniões que considerem mais pessoais ⁽⁶⁾. O questionário é composto por questões fechadas, com intuito de limitar as respostas às escolhas enunciadas. Houve preocupação de apresentar as questões segundo uma ordem lógica ⁽⁶⁾. Terminada a primeira redação do questionário aplicou-se o pré-teste a uma pequena amostra (10 enfermeiros dos serviços de internamento), com o propósito de perceber se as questões colocadas eram compreensíveis e se a estrutura respondia ao objetivo delineado. Na análise das respostas, reconhecemos a necessidade de proceder a alterações na sua estrutura ⁽⁶⁾.

Os resultados foram analisados através de estatística descritiva, uma vez que esta permite conhecer a opinião da amostra face à temática ⁽⁶⁾.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Devido a questões institucionais, não foi possível aplicar os questionários a todos os serviços de internamento do hospital. Os questionários foram aplicados em dois serviços de internamento, o que se traduziu numa amostra total de 77 enfermeiros, dos quais obtive a colaboração de 47, o que perfaz 61% da amostra.

Os resultados revelam que 57% da população inquirida sabe da existência da EIHSCP. Analisando o universo que afirmou conhecer a equipa, podemos constatar que uma grande percentagem desconhece as valências e formas de referenciação, observando-se unanimidade na percentagem de enfermeiros que atribuem importância à equipa.

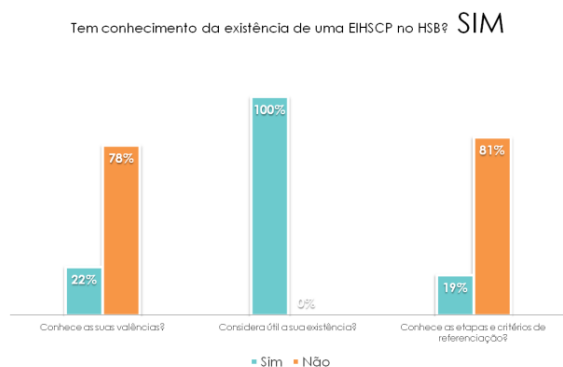


Gráfico 1 - Opinião dos enfermeiros que reconhecem a existência da EIHSCP relativamente aos conhecimentos inerentes às valências, referenciação e importância atribuída à equipa

Observando os 43% que afirmaram não ter conhecimento da existência da EIHSCP, baseando-se na descrição efetuada no documento de recolha de dados, 100% referiu parecer-lhes útil a existência da equipa, afirmando motivação para receber mais informações sobre a mesma.

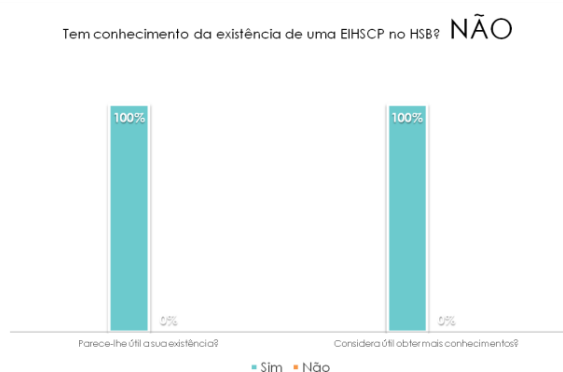


Gráfico 2 - Opinião dos enfermeiros que não tinham conhecimento da existência da EIHSCP face à importância da mesma e motivação para adquirir mais conhecimentos sobre a equipa

Os dados recolhidos através da aplicação dos questionários permitem-nos concluir que embora a maior parte da amostra tivesse conhecimento

da existência desta equipa intra-hospitalar, só uma pequena percentagem é que conhece as suas valências e as formas de referenciação. Deste modo, ressalta a necessidade de ministrar formação às equipas de enfermagem no sentido de aumentar o número de clientes e famílias que recebem assistência por parte desta equipa especializada, bem como, otimizar os recursos hospitalares.

CONCLUSÃO

Com o crescente aumento do número de pessoas com necessidade de cuidados paliativos, a adoção de medidas que visem apoiar estas situações é inadiável. Não podendo vencer a morte, podemos aliviar o sofrimento da pessoa e família, ajudando-os a manter a sua autonomia e respeitando a sua dignidade. A existência de uma EIHSCP constitui um recurso hospitalar especializado para prestar apoio às necessidades da pessoa e família em situação paliativa, pelo que, divulgar as suas potencialidades e partilhar saberes com os seus pares, torna-se uma estratégia para alargar os recursos hospitalares.

Costa e Antunes defendem que para se promover mudança de atitudes na prestação de cuidados à pessoa e família em situação paliativa, é necessária formação básica em cuidados paliativos e investigação nesta área, auxiliando o profissional a prestar cuidados com elevado nível de excelência e qualidade ⁽⁷⁾.

Bibliografia

1. NETO, Isabel Galriça – Princípio e filosofia dos cuidados paliativos. In BARBOSA, António ; NETO, Isabel Galriça, ed. lit. – *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, (2006). p. 17-52.
2. APCP: ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Organização de Serviços de Cuidados Paliativo: Recomendações da APCP.

- Março de 2006. [Em Linha]. [Consultado a 26/11/2012]. Disponível em: www.apcp.pt
3. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006) – Cuidados paliativos: o que são? [Em linha]. [Consultado a 20/11/2012]. Disponível em: [www<URL:http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>](http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79).
 4. DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª Série A – Nº 101/ 6 de Junho de 2006.
 5. DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série — N.º 107/ 2 de Junho de 2011. Despacho n.º 7968/2011
 6. FORTIN, Marrie – *O processo de investigação: da conceção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, (2009). ISBN: 978-972-8383-10-7.
 7. COSTA, Mª Antónia, ANTUNES, Mª Teresa. Artigo de investigação: Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*. ° 7, (2012). 63-72. [Em Linha]. [Consultado a 30/11/12]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Ffr%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D447%26codigo%3D&ei=3KbHUNmUHcewhAfqI4CwDg&usg=AFQjCNFVVouBpJK8VA anCzICmFWztH7dA.

APÊNDICE XXV

QUESTIONÁRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO DINAMIZADOR

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, estando a realizar a Unidade Curricular Estágio-Módulo opcional na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Com o crescente aumento do número de doentes com necessidade de cuidados paliativos, a adoção de medidas que visem diminuir estas situações é imperiosa, não podendo vencer a morte, podemos aliviar o sofrimento do doente, ajudando-o a manter a sua autonomia, e respeitando a sua dignidade. Para se promover mudança de atitudes na prestação de cuidados aos doentes em situação paliativa, é necessária formação básica em cuidados paliativos e investigação nesta área, auxiliando o profissional a prestar cuidados com elevado nível de excelência e qualidade¹.

Numa fase de diagnóstico da situação gostaria de perceber qual o nível de formação dos futuros elementos dinamizadores da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

As informações são confidenciais e anónimas.

Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pois será fundamental para o desenvolvimento deste projeto.

É muito importante que participe!

Muito Obrigado

Ana Rita Sousa

Co-autoria:

Paula Banha (Enf.) e Filipa Veludo (Prof.)

Questionário

Assinale com um xis (X) a resposta às questões colocadas.

1. Relativamente ao contexto dos Cuidados Paliativos, possui formação:

- a) Nenhuma
- b) Básica
- c) Avançada

2. A sua experiência na prestação de cuidados a clientes em situação de cuidados paliativos, ou em acompanhamento em fase final de vida é:

- a) < a 1 ano
- b) Entre 1 a 5 anos
- c) > a 5 anos

APÊNDICE XXVI

ESBOÇO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO PARA OS ELEMENTOS DO NÚCLEO DINAMIZADOR
DA EIHSCP

CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ELOS DE LIGAÇÃO DA EIHSCP NOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO

De acordo com a APCP a um curso de formação básica é o adequado para os profissionais de enfermagem que prestam cuidados em serviços gerais de saúde mas que se podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa ⁽¹⁾.

DESTINATÁRIOS: Futuros membros do um núcleo de elementos dinamizadores ou elos de ligação nos serviços de internamento e respetivos hospitais de dia.

DURAÇÃO TOTAL DO CURSO: 18h a 45h

DATAS DE REALIZAÇÃO:

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Sala de formação da instituição X

EQUIPA PEDAGÓGICA: A *DEFINIR*

(Mais de 50% dos elementos da comissão científica do curso deveriam ter formação avançada em cuidados paliativos e/ou experiência (exercício de funções) específica em equipas/unidades de cuidados paliativos adequadamente reconhecidas, seja qual for a área temática que aborde.)

I. OBJETIVO GERAL

Pretende-se com este curso capacitar os formandos para a prestação de cuidados que visem a melhoria da qualidade de vida dos doentes em situação paliativa e suas famílias.

II. OBJETIVO ESPECÍFICO

Espera-se que os formandos sejam capazes de:

1. Sensibilizar a equipa prestadora de cuidados para as questões dos cuidados paliativos;
2. Identificar as necessidades da equipa face à temática da pessoa e família em fim de vida;
3. Participar na elaboração de normas para o respetivo serviço, com base nas recomendações da EIHSCP, implementar e acompanhar o cumprimento das mesmas;

4. Identificar doentes e famílias com critério para acompanhamento pela EIHS CP e proceder a sua referenciação;
5. Colaborar nas auditorias às práticas nos respetivos serviços;
6. Participar e dinamizar ações de formação promovidas no serviço na área de acompanhamento do doente e família em fim de vida.

III. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

De acordo com as orientações da ANCP, os conteúdos programáticos devem conter as seguintes dimensões:

- Doente e adaptação ao processo de doença grave
- Apoio à família/cuidador principal
- Trabalho em equipa
- Atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida
- Organização do sistema de cuidados de saúde
- Auto-cuidado dos profissionais
- Perícias de comunicação
- Ética aplicada
- Apoio no Luto

IV. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO ESPECÍFICO

1. DOENTE

a. Observação, avaliação e controlo de sintomas

- i. Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia, tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras, etc.
- ii. Vias e Modos de Administração (oral, enteral, subcutânea, intravenoso, rectal, transdérmico)
- iii. Cuidados Espirituais

b. Avaliação de enfermagem

- i. Medidas de higiene e conforto, Cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc

c. Dor

- i. Aspectos Multidimensionais da Dor (Dor Total)
- ii. Escalas para avaliação da dor
- iii. Controle da Dor: Escada Analgésica da OMS: fármacos, adjuvantes; opióides, efeitos secundários, titulação, toxicidade
- iv. Educação do Doente e Família sobre o uso de opióides

d. Agonia, fase terminal e morte

- i. Preparar antecipadamente a fase terminal de vida
- ii. Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender as necessidades específicas do fim da vida (ex. preferir via SC)
- iii. Cuidados de suporte ao doente e família
- iv. Certidão de óbito, cuidados post-mortem, formalidades administrativas, apoio no luto imediato

2. DOENTE E FAMÍLIA**a. Impacto da doença Grave**

- i. Impacto da doença grave no doente (imagem corporal, sexualidade,...), na família (incluindo crianças), sofrimento psicológico e espiritual, modificação de papéis sociais, intervenção face à crise na família, mecanismos de coping
- ii. Consequências Sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e ativar mecanismos de suporte

b. Comunicação e abordagem sistémica

- i. Técnica das más notícias: comunicação verbal e não verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades particulares de cada doente e família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados

- ii. Conhecimento da Abordagem sistémica; Educação de doente, família e cuidadores
- iii. Conferência Familiar

c. Fase terminal, agonia, morte e luto

- i. Processo de Perda e Luto

3. EQUIPA INTERDISCIPLINAR

a. Funções, responsabilidades, liderança e relações de trabalho

- i. Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família

4. AUTO CUIDADO E ASPETOS ÉTICOS

- i. Reflexão e Desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajetória de vida, o fim de vida e a morte
- ii. Mecanismos de coping, limites pessoais, burn-out, cuidar dos cuidadores
- iii. Limite da Intervenção em medicina e o cuidar; respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro
- iv. Princípios Éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência

5. CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE

a. Visão geral

- i. Definição de medicina/cuidados paliativos e suas implicações na prática clínica, valores e fundamentos
- ii. Epidemiologia de doenças crónicas
- iii. Qualidade de vida; Modelo bio-psico-social de cuidados
- iv. A morte e o morrer; medicalização da morte; medos e tabús relativos à morte
- v. Consentimento Informado
- vi. Aspetos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto

b. Modelos de Organização de Cuidados Paliativos Nacionais e Internacionais

- i. Estrutura e modelos de serviços em Cuidados Paliativos
- ii. Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

6. FORMAÇÃO DE FORMADORES EM CP

a. Educação especificamente aplicada a Cuidados Paliativos

- i. Capacidades Pedagógicas

ESTRUTURA MODULAR E RESPETIVA CARGA HORÁRIA

MÓDULO	DURAÇÃO	DATA	FORMADOR
1. DOENTE			
a. Observação, avaliação e controlo de sintomas			
b. Avaliação de enfermagem			
c. Dor			
d. Agonia, fase terminal e morte			
2. DOENTE E FAMÍLIA			
a. Impacto da doença Grave			
b. Comunicação e abordagem sistémica			
c. Fase terminal, agonia, morte e luto			
3. EQUIPA INTERDISCIPLINAR			
a. Funções, responsabilidades, liderança e relações de trabalho			
4. AUTO CUIDADO E ASPETOS ÉTICOS			
5. CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE			
a. Visão geral			
b. Modelos de Organização de Cuidados Paliativos Nacionais e Internacionais			
6. FORMAÇÃO DE FORMADORES EM CP			
a. Educação especificamente aplicada a Cuidados Paliativos			

V. METODOLOGIA

Pretende-se uma participação efetiva de todos os participantes e a verificação da aquisição dos conhecimentos em contexto artificial. Deste modo, a metodologia escolhida para abordagem dos

conteúdos programáticos passa por métodos e técnicas pedagógicas diversificadas, de forma a facilitar a assimilação das informações pelo formando, a saber: método expositivo, método demonstrativo, método interrogativo e método activo. Serão exploradas técnicas como: exposição, perguntas, demonstração, *brainstorming*, *ice-breaker*, jogos pedagógicos e estudos de casos.

MÓDULO	DURAÇÃO	METODOLOGIAS	FORMADOR
I.			

❖ RECURSOS DIDÁCTICOS

– Recursos a utilizar:

- Quadro de porcelana e caneta; Textos, manuais e fichas pedagógicas; Cartolinas, revistas e canetas de feltro; Computador e projector multimédia; Materiais de higiene (champô, gel duche/sabonete, esponja e toalhas, escova de dentes, corta unhas, limas); Meios auxiliares (cadeira de rodas, tapetes antiderrapantes, barras de protecção); TV e leitor de DVD; Leitor de CDS e CDS de música; etc.

❖ AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

A avaliação seria feita no final de cada módulo.

- Técnica da observação: permite obter dados em todos os domínios do saber. Para tal seria necessário construir uma lista de ocorrências que será preenchida utilizando o sistema de classificação por escalas.
- Técnica de observação e medição: Para avaliar os módulos onde sejam realizadas demonstrações utilizaria grelhas de observação e de medição; estas também nos permitem testar as competências no domínio do saber fazer, o que é o mais importante a avaliar, uma vez que se pretende que os formandos consigam desempenhar determinadas tarefas com a destreza necessária para o cuidar do outro.
- Técnica de formulação de perguntas orais e escritas: Utilizar perguntas orais em módulos mais pequenos, onde interesse obter dados acerca do conhecimento transmitido de forma mais imediata. A formulação de questões escritas tornar-se-á vantajoso nos módulos onde necessite de avaliar simultaneamente e de forma equitativa todos os formandos.

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

No final de cada módulo será aplicada avaliação de satisfação do formando, através de questionários da avaliação da formação.

VI. PLANO ORÇAMENTAL

Calcular os custos da formação. Por exemplo o custo com recursos didáticos (manual, fotocópias e restantes materiais), custo formador, custo da divulgação do curso, da sala, etc.

APÊNDICE XXVII
FOLHA DE REFERENCIAÇÃO PARA A EIHSCP

FOLHA DE REFERENCIAÇÃO PARA A EIHSCP

Identificação do doente

Referenciador: _____

Proveniência: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Data diagnóstico: ____/____/____

Metastização (se tiver, indicar localização): _____

TRATAMENTOS REALIZADOSCirurgia QT RT HT não TTO Mantém algum tratamento? Sim Não Qual? _____

Antecedentes pessoais: _____

Cuidador principal: Sim Não

Cuidador principal: _____ Doente:

Conhece diagnóstico? Sim Não Conhece diagnóstico? Sim Não Conhece prognóstico? Sim Não Conhece prognóstico? Sim Não Deve manter seguimento do médico assistente que referencia o doente? Sim Não **OBSERVAÇÕES**_____

Data ____/____/____	Assinatura (legível) _____
---------------------	----------------------------

Nota : O doente deve trazer todos os exames complementares de diagnóstico, nota alta, relatórios e medicação que estiver a fazer, no dia da consulta.

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “O SONO E O REPOUSO NOS PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS” NO 4º CONGRESSO
INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS



ANEXO II

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WORKSHOP “O DEVER DE CONFORTAR EM
ENFERMAGEM”



Workshop
**“O Dever de Confortar em
Enfermagem”**

28 setembro 2012



Certificamos que

esteve presente no Workshop “*O Dever de Confortar em Enfermagem*”, realizado no dia 28 de setembro de 2012, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 28 de setembro de 2012

O Diretor

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas