



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O CONFORTO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sandra Isabel Pereira Afonso

LISBOA, Abril 2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

O CONFORTO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM: RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Sandra Isabel Pereira Afonso

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Abril 2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, irmãos e restante família por todo o apoio demonstrado, carinho e dedicação, e por aceitarem a minha ausência.

À Prof.^a Ilda Lourenço e à Prof.^a Patrícia Pontífice de Sousa pela partilha de experiências, disponibilidade, incentivo e apoio demonstrado ao longo deste percurso. Agradeço ainda à

Prof.^a Helena José por todo o apoio e incentivo.

Aos meus amigos, pelo apoio, carinho, dedicação e amizade, e por compreenderem a minha ausência. Aos meus colegas de curso....por me acompanharem e partilharem comigo este percurso e por me ajudarem a crescer.

A todos os enfermeiros que me orientaram em estágio, pela partilha, pelo incentivo e por todo o apoio disponibilizado.

RESUMO

A formação em enfermagem assume um papel preponderante no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro e na prestação de cuidados de qualidade, inerente à constante evolução tecnológica, científica e às constantes alterações das necessidades das pessoas. Neste sentido, a especialização em enfermagem torna-se uma mais-valia pois permite conjugar o conhecimento com o desenvolvimento e certificação de competências científicas, técnicas, relacionais e emocionais, que se querem especializadas.

O presente Relatório é referente ao percurso efetuado nos Módulos de estágio do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, entre 2012 e 2013. Estes estágios decorreram respetivamente numa Unidade de Cuidados Intensivos, num Serviço de Urgência e numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Ao longo do relatório serão abordados de forma crítico-reflexiva os objetivos delineados para cada módulo de estágio, bem como as atividades e as competências desenvolvidas.

Este encontra-se estruturado da seguinte forma: no primeiro ponto é apresentada a revisão sistemática da literatura realizada bem como as suas implicações para a enfermagem; no segundo é feita a caracterização dos locais de estágio e a descrição e análise do percurso efetuado em cada um dos módulos, tendo em conta os objetivos delineados. No último ponto, apresentamos uma breve conclusão, onde realçamos a importância das competências desenvolvidas para a prática e onde referimos as implicações do relatório para a prática, para o ensino e para a investigação. Serão ainda referidos ao longo da descrição dos módulos, e apresentados como apêndices, alguns dos trabalhos desenvolvidos ao longo dos estágios, bem como a frequência de congressos e ações de formação.

O eixo condutor que esteve subjacente aos três estágios prendeu-se com a promoção do conforto da pessoa, relacionando com a Teoria do Conforto de Kolcaba e com a Teoria do Cuidado de Jean Watson.

Os estágios permitiram novas experiências, proporcionaram excelentes momentos de aprendizagem e de contacto direto com pessoas nas mais diversas situações e trouxeram conhecimentos relevantes, contribuindo assim para a aquisição e a mobilização de saberes na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e o desenvolvimento de um raciocínio analítico e crítico, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas. O cuidado à pessoa foi então baseado numa prática crítico-reflexiva, nas teorias de enfermagem e na evidência científica. Este relatório permitiu uma reflexão sobre as práticas e sobre as competências desenvolvidas.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conforto.

ABSTRACT

Nursing education plays a central role in the construction and development of nurses in providing quality care, inherent to the technological and scientific evolution and to the changes in people's needs. Nursing specialization becomes an important asset because it allows a combination of the acquired knowledge with the development and certification of scientific, technical, relational and emotional specialized skills.

This Report aims to describe the route performed during the internship under the 5th Master's Degree in Nursing and Specialization in Medical-Surgical Nursing, at the Institute of Health Sciences, Portuguese Catholic University of Lisbon, between 2012 and 2013. This internship took place at three places: in an Intensive Care Unit, an Emergency Department and a Community Support Team for Palliative Care. Throughout the report will be addressed the objectives, outlined for each stage module, in a critical and reflective way, as well as the activities and skills developed.

This is structured as follows: the first chapter presents a systematic review of the literature and its implications for nursing; in the second chapter we characterize the dynamics and organization of team and describe and analyze the route performed in each, taking into account the objectives outlined. In the last chapter, we present a brief conclusion, which emphasize the importance of the skills developed for practice and highlight the implications of the report for practice, teaching and research. Also, some of the work developed in each internship field will be presented as appendices, and important papers cited in the report will be presented as attachments

The guiding thread that was behind the internship was related with the promotion of comfort to the person, relating to the Theory of Kolcaba Comfort and Care Theory of Jean Watson.

Internships allow new experiences, providing excellent moments of learning and direct contact with people in all kinds of situations and bring relevant knowledge, thus contributing to the acquisition and mobilization of knowledge in the area of expertise and to the development of reasoning, analytical and critical skills, thus allowing the development of expertise. The person's care was based on a critical and reflective practice, in nursing theories and evidence. This report allows a reflection over the practices and the skills developed.

Keywords: Nursing, Medical-Surgical Skills, Comfort.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EEG – Eletroencefalograma
HSJ – Hospital de São José
HSM – Hospital de Santa Marta
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
NREM – Sem movimentos oculares rápidos
PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos
RA – Relação de Ajuda
REM – Movimentos oculares rápidos
SR – Sala de Reanimação
ST – Sala de Trauma
STM – Sistema de triagem de Manchester
SU – Serviço de Urgência
TOT – Tubo orotraqueal
UCC – Unidade de Cuidados continuados
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UO – Unidade de Observação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não Invasiva
VV – Via Verde
VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

LISTA DE ABREVIATURAS

% - percentagem

n.º - número

p. - página

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. (OS) FATORES QUE AFETAM O SONO DAS PESSOAS INTERNADAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	17
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	31
2.1. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS	32
2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	39
2.3. MÓDULO III – OPCIONAL	48
3. CONCLUSÃO	61
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster: «O sono e o conforto das pessoas: que implicações»	75
APÊNDICE II – Entrevistas informais semiestruturadas e análise de conteúdo	81
APÊNDICE III – Documento fornecido à equipa da UCI para consulta, sobre: (Os) Fatores que afetam o sono das pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos	87
APÊNDICE IV - Manual de Integração na ECSCP	97
APÊNDICE V – Documentos da Sessão de formação sobre: Comunicar em Cuidados Paliativos	117
APÊNDICE VI – Ficha de Leitura: Necessidades dos doentes em fim de vida.....	137
APÊNDICE VII – Folha de Registos de Enfermagem.....	143
APÊNDICE VIII – Protocolo de Atuação do Sono.....	147
APÊNDICE IX – Poster: «Necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos: revisão integrativa».....	157

ANEXOS

ANEXO I – Estatística do Movimento Assistencial do Serviço de Urgência Externa do Hospital de São José	163
ANEXO II – Certificado do Formando: <i>Coaching</i> de Equipa	167

INTRODUÇÃO

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, centrado no cuidado à pessoa em situação de saúde/doença, família ou comunidade, tem vindo a sentir uma crescente necessidade de aprofundar conhecimentos e competências, devido à evolução tecnológica e científica e devido também às constantes alterações das necessidades das pessoas. Assim sendo, a formação desempenha um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro, uma vez que, não é um momento isolado, mas sim um processo contínuo, sempre com o intuito de adquirir saberes específicos e de desenvolver novas competências (Garrido, Pires e Simões, 2008). É nesta atualização permanente de saberes que se fundamenta a necessidade de formação e aprendizagem ao longo da vida profissional, exigindo do enfermeiro investimento e motivação para uma prática de cuidados mais eficaz e eficiente (Vieira, 2007).

Desta forma, deve ser reconhecida a importância das instituições de saúde no desenvolvimento de competências (Silva, 2007), sendo que a certificação de competências numa área clínica de especialização se torna uma mais-valia, pois estes profissionais detêm “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro, artigo 7º, n.º1, p. 6529). Sendo que o desenvolvimento de competências numa determinada área decorre de um conjunto de conhecimentos e saberes organizados que o fundamentam (Collière, 2002). Ou seja, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é aquele que se pode tornar perito nessa área, detendo conhecimentos aprofundados. No entanto, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é fundamental para atingir estas capacidades (Benner, 2001).

Assim sendo, e tendo em conta a importância do desenvolvimento de enfermeiros especialistas, ingressamos no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, entre 2011 e 2013. A realização deste curso de pós-graduação está em consonância com o exigido pelo Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de Abril, uma vez que o título de enfermeiro especialista é atribuído ao profissional que possua um curso de pós-graduação que “confirmam competência para a prestação de cuidados especializados” (p.1742). Desta forma, o Decreto-Lei n.º353/99 de 3 de Setembro prevê que esta formação pós-graduada para obtenção do título de enfermeiro especialista prossiga em cursos de pós-licenciatura de especialização, aprovado pela Portaria n.º268/2002 de 13 de Março. A escolha deste curso de pós-graduação prendeu-se com a necessidade de atualização e com o aumento de situações complexas de saúde e de vida, tornando-se este essencial para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas especializadas. Já a escolha da área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica prendeu-se com o facto de exercemos

funções num serviço de internamento de cirurgia, onde estas competências se tornarão numa mais-valia para a prestação de cuidados à pessoa capacitando-nos para o atendimento da pessoa/família em situação crítica de vida.

A enfermagem, como disciplina e como profissão, possui um leque de conhecimentos, resultantes da investigação do seu objeto de estudo, e prática pois apresenta uma maneira única de examinar os fenómenos, sobre a qual se baseia a prática de enfermagem, surgindo o desenvolvimento de conceitos e teorias que lhe dão fundamento (Tomey e Alligood, 2004). No entanto, apesar de as teorias possibilitarem o desenvolvimento do pensamento crítico, estas são pouco conhecidas pelos enfermeiros e raramente utilizadas como fundamento da prática e como fundamento para a produção de conhecimento. Neste sentido, a prática de enfermagem sendo baseada na ciência de enfermagem, é um aspeto importante no desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Meleis, 1997). Segundo Fawcett (1984), o que caracteriza a disciplina de enfermagem são os conceitos de "enfermagem", "pessoa", "ambiente" e "saúde", pelo que ao longo do relatório nos iremos referir ao doente/cliente/utente como pessoa, alvo de cuidados e com quem cuidámos. Orientámos a nossa prática tendo em conta não só o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e emocionais, que se querem especializadas, mas também tendo em conta o paradigma da Transformação que considera os fenómenos como únicos, complexos e globais em interação recíproca e simultânea com o mundo (Kérouac *et al*, 2002).

O eixo condutor que esteve subjacente aos três estágios prendeu-se com a promoção do conforto da pessoa, uma vez que este é considerado como indispensável no cuidado humano e central para a enfermagem (Apóstolo, 2009), assim sendo baseámos o nosso percurso tendo em conta a Teoria do Conforto de Kolcaba, bem como a Teoria do Cuidado de Jean Watson. Desta tentativa de proporcionar conforto à pessoa, surge o sono, como componente fisiológica, essencial no estado de conforto físico, e que está intimamente relacionado com a necessidade de conforto ambiental (Kolcaba e DiMarco, 2005). Tendo em conta que o sono é essencial para a manutenção de um estado ótimo de saúde e, entendendo o sono adequado como um estado de bem-estar e conforto, os fatores que afetam o sono poderão ser entendidos como estímulos que afetam o conforto da pessoa doente, sendo que ao nível da revisão sistemática da literatura que será apresentada no próximo capítulo, serão abordados esses fatores. Da integração da teoria de Kolcaba com a revisão sistemática da literatura, surgiu a oportunidade de elaborar um Poster intitulado «O sono e o conforto da pessoa: que implicações» (APÊNDICE I) e que foi apresentado no 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que decorreu no Porto.

Os estágios estão repartidos por três módulos e tiveram uma duração total de 750 horas, sendo 540 horas de contato efetivo. A apresentação ao longo do relatório irá dar-se a nível cronológico, sendo que o Módulo II decorreu de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012, tendo a escolha do local de estágio estado relacionada com o facto de esta ser uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI), situada num hospital de referência. O local onde

decorreu este estágio será omitido uma vez que não consideramos a identificação do local relevante para o presente relatório e, também, pela justificação que será dada no ponto destinado ao respetivo Módulo. Relativamente ao Módulo I, decorreu de 20 de Setembro a 11 de Novembro de 2012 no Serviço de Urgência Polivalente (SU) do Hospital de São José (HSJ), e a escolha do local prendeu-se com o facto de este ser um serviço polivalente, com nível diferenciado de resposta às situações de urgência/emergência, e que se localiza no Centro Hospitalar de Lisboa Central. Por último, o Módulo III decorreu de 12 de Novembro de 2012 a 19 de Janeiro de 2013 na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). A escolha deste campo de estágio esteve relacionada com a necessidade sentida na prestação de cuidados especializados a pessoas com doença oncológica, a necessitar de cuidados paliativos, e suas famílias/cuidador(es).

A panóplia de situações que ocorreram nos vários locais de estágio tornaram estes locais propícios a novas experiências, trazendo conhecimentos relevantes e permitindo a aplicação dos conhecimentos da teoria, na prática (Abreu, 2007). Para além do período teórico, a experiência nos estágios representaram uma etapa importante pois proporcionaram excelentes momentos de aprendizagem e de contacto direto com pessoas nas mais diversas situações, contribuindo assim para a aquisição e a mobilização de saberes na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e o desenvolvimento de um raciocínio analítico e crítico, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas (Amendoeira, 2004).

Como objetivo geral deste relatório, pretendemos dar a conhecer de forma reflexiva o nosso percurso durante o decorrer dos estágios realizados. Como objetivos específicos procurámos: descrever analisando de forma crítica os objetivos de estágio e as atividades realizadas; e identificar as competências desenvolvidas em estágio.

Para melhor compreender a apresentação do relatório, estruturamo-lo em quatro pontos: no primeiro é apresentada a revisão sistemática da literatura realizada; no segundo é feita a caracterização dos locais de estágio e a descrição e análise do percurso efetuado em cada um dos módulos, tendo em conta os objetivos delineados. Por último, apresentamos uma breve conclusão, onde realçamos a importância das competências desenvolvidas para a prática e onde referimos as implicações do relatório para a prática, para o ensino e para a investigação.

Elaborámos este relatório de acordo com o documento facultado pela Universidade Católica Portuguesa, intitulado «Regras para Escrita de Relatório de Mestrado» (s/d.), sendo que as referências bibliográficas se encontram de acordo com a Norma Portuguesa 405 (1994; 2000; 2002). A metodologia utilizada assentou na análise e reflexão do percurso de estágio, objetivos propostos, atividades desenvolvidas e competências desenvolvidas, bem como na pesquisa bibliográfica.

1. (OS) FATORES QUE AFETAM O SONO DAS PESSOAS INTERNADAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Esta revisão decorreu da área transversal aos três estágios considerada de interesse, identificada no estágio da UCI, e que será analisada e descrita no módulo correspondente.

O sono, o repouso e tudo o que lhes está inerente, tem fascinado o homem desde a antiguidade, tendo a sua conceção e entendimento evoluído ao longo dos tempos. A sua definição sempre foi delicada e vários foram os autores que tentaram defini-lo e estudá-lo. Anteriormente entendido como um estado passivo de inatividade cerebral, resultante da redução da percepção aos estímulos sensoriais, é hoje considerado como um fenómeno ativo, complexo e reversível, em que há a ausência ou a diminuição da resposta aos estímulos do meio ambiente relativamente ao estado de vigília. Ou seja, é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica, caracterizado por um período de inércia associado à diminuição da atividade cerebral, com existência de um leque de movimentos limitados, involuntários, automáticos e sem propósitos definidos (Dang-Vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011). É ainda referido como “diminuição da consciência (...), mas prontamente reversível a estímulos externos” (CIPE, 2011, p.76).

Através do estudo do padrão do eletroencefalograma foi possível compreender que o sono possui dois padrões fundamentais, o sono com movimentos oculares rápidos (REM) e o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), cada um com ondas distintas. O padrão NREM possui 4 estádios, do I ao IV. Nos seres humanos estes estádios ocorrem de forma ordenada durante a noite, num total de entre quatro a seis ciclos. Cada ciclo começa com o NREM I e II (sono leve) seguindo-se o III e o IV (sono profundo), seguindo-se o NREM III e II novamente, e por último o REM. Ao longo da noite a duração do NREM diminui enquanto que o REM aumenta (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Dang-Vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011). Cada um dos padrões mencionados possui características particulares que permitem distingui-los. O sono NREM apresenta-se no eletroencefalograma (EEG) como um conjunto de ondas rápidas de baixa amplitude, que vão diminuindo de frequência e aumentando de amplitude conforme o sono vai aprofundando. Considerado como paradoxal e dessincronizado, o sono REM apresenta-se no EEG como um conjunto de ondas de baixa amplitude e de alta frequência, semelhantes ao estado de vigília. Relativamente a outras alterações que permitem distinguir os dois padrões principais, o NREM caracteriza-se por um estado em que há uma progressiva redução dos movimentos corporais com relaxamento muscular, mas mantendo o tónus. O REM caracteriza-se por uma atonia muscular com movimentos fásicos e mioclonias multifocais e durante o qual se apresentam os sonhos (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Dang-Vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011).

O sono desempenha um papel importante na manutenção da saúde das pessoas, afetando a sua qualidade de vida e bem-estar. O não dormir ou o dormir pouco provoca cansaço, stresse,

depressão e diminui o sistema imunitário, aumentando o risco de doenças infecciosas (Dillon, 2007). Várias foram as teóricas a enfatizar a importância do sono. Nightingale (1989) considerava-o como sendo de extrema importância para o restabelecimento da pessoa doente e associava às perturbações do sono a aspetos relativos ao ambiente. Relacionando com a teoria de Kolcaba (1991) e de Watson (1985), será função do enfermeiro proporcionar um ambiente adequado que responda à necessidade de conforto ambiental, propiciando um sono adequado.

Componente fundamental do bem-estar, a necessidade de dormir varia com a idade, com o nível de desenvolvimento, com o estado de saúde, com o nível de atividade e as normas culturais. Como função restauradora, o sono é necessário para que a cura física e psicológica ocorra (Fitzpatrick e Wallace, 2006). Numa unidade de cuidados intensivos, o ambiente pode ser entendido como hostil e com o potencial de comprometer o sono das pessoas internadas. Nas pessoas doentes em estado crítico, as alterações no sono são extremamente comuns (Dang-Vu *et al*, 2009). Neste sentido torna-se importante para os profissionais de saúde compreender a importância do sono para a pessoa cuidada: Como decorre o ciclo normal do sono? Como é que este afeta a saúde e o bem-estar da pessoa? Quais os fatores que, influenciando negativamente o sono, podem ser reduzidos ou suprimidos? (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Silveira, Bock e Silva, 2012)

MÉTODOS

A presente revisão da literatura tem como principal objetivo identificar os fatores que interferem com o sono/repouso da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos, através da análise de estudos realizados entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2012. Deste modo, a questão a que este estudo pretende dar resposta é a seguinte: «Quais os fatores que interferem no sono/repouso da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos?». De forma a responder a esta questão foram realizadas pesquisas, sendo que os critérios definidos para inclusão ou exclusão dos artigos pesquisados se encontram na Tabela 1, que se apresenta de imediato.

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar informação ao nível dos parâmetros a analisar: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O) e Tipo de Estudo (S) e ainda, ano e autor(es); - Ter sido publicado entre 2002 a 2012; - Ser referente a pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos cuja publicação seja só em <i>abstract</i>; - Ser uma revisão da literatura; - Ser uma dissertação ou tese; - Referir-se a bebés/crianças; - Referir-se a apneia do sono.

Para a realização da pesquisa dos estudos relevantes foram utilizadas as seguintes palavras-chave: dormir, cuidados intensivos, *sleep*, ICU, *intensive care*, *critical care*, *critical patient*, *acute care*. As bases de dados utilizadas para realizar a pesquisa foram a EBSCOhost (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; British Nursing Index; MedicLatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; ERIC; Business Source Complete); PubMed central, Revista de Enfermagem UFPE e Biblioteca do conhecimento on-line. Foi ainda realizada pesquisa manual na Biblioteca da Universidade do Algarve e através do motor de pesquisa Google Académico. Consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas dos artigos consultados.

No total foram identificados, pelo título, 75 artigos que se mostraram pertinentes para este estudo mas após a leitura dos respetivos *abstracts* e aplicando os critérios de exclusão e de inclusão, apenas se aceitaram 24 artigos. Por meio da leitura integral de cada artigo foram excluídos 9 artigos. Ficaram assim, 15 artigos para análise. Na sua leitura integral foi identificado o ano, o(s) autor(es), os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, utilizando-se o método designado de PICOS (participantes, intervenções, os resultados e o desenho do estudo) (CRD, 2009), sendo que a sinopse de cada um deles se apresenta, em anexo, na Tabela 2. Utilizou-se o método:

RESULTADOS

Após a avaliação crítica dos estudos empíricos, relativamente ao país, constata-se que foi no Canadá que se apresentou o maior número de estudos empíricos (3), seguindo-se a Turquia e a Suécia (2). Grécia, Austrália, Itália, Taiwan, Espanha, Illinois, Reino Unido e França publicaram 1 estudo cada. Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes variou entre os 7 e os 116, sendo que todos os estudos recolhidos evidenciam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa. Os resultados obtidos encontram-se sumariados na Tabela 2.

Tabela 2. Artigos selecionados segundo PICOS.

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
Parthasarathy e Tobin (2002) Illinois	11 Pessoas ventiladas mecanicamente	As pessoas receberam pelo menos duas horas de cada modo ventilatório: ventilação assistida controlada (ACV), PS ou PS com	As pessoas submetidas a ACV e/ou PSD foram associados a uma melhor qualidade do sono do que as pessoas submetidas a PS (desenvolveram mais	Ensaio clínico

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
		<p>100 cm³ de espaço morto (PSD). Foi medido o fluxo de ar e a pressão da via aérea. Foi avaliado o nível de CO² no final da expiração. Foi ainda avaliado o movimento da caixa torácica e abdominal, a oximetria de pulso, o eletroencefalograma, direito e esquerdo, eletromiografia submentoniana e o eletrocardiograma.</p>	<p>períodos de apneia, associado a fragmentação do sono).</p>	
<p>Frisk e Nordström (2003) Suécia</p>	<p>31 Pessoas, recrutadas ao longo de 5 meses</p>	<p>Foi preenchido o Questionário do sono de Richard Campbell (RCSQ) pelas pessoas e pelos enfermeiros relativamente às pessoas em estudo. Este instrumento é composto por seis itens e utiliza uma escala visual analógica (EVA).</p>	<p>Fatores que afetam o sono, identificados pelas pessoas foram: o desconforto experimentado na forma de dor, ansiedade/preocupação, e outros desconfortos. As conversas entre os profissionais ou entre os profissionais e as pessoas, o ressonar, bem como o gemer das outras pessoas também foram identificadas. As pessoas que receberam medicação hipnótica dormiram pior do que as que não receberam medicação.</p>	<p>Quantitativo</p>
<p>Gabor (et al, 2003) Canadá</p>	<p>7 Pessoas doentes mecanicamente ventiladas e seis pessoas saudáveis</p>	<p>Foram caracterizados os níveis de ruído e os estímulos potencialmente perturbadores e as atividades à pessoa e determinou-se as suas contribuições relativas a interrupção do sono. Através da polissonografia contínua de 24 horas com monitorização</p>	<p>O barulho e as atividades dos profissionais são disruptivas do sono da pessoa internada, no entanto eles são responsáveis apenas por uma pequena parte da interrupção do sono. No barulho foram identificadas as conversas, os alarmes, o barulho da televisão, dos telefones e dos <i>paggers</i>.</p>	<p>Descritivo</p>

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
		ambiental em tempo-sincronizado.	Os indivíduos saudáveis experimentaram uma melhoria quantitativa do sono aquando da redução do ruído.	
Fanfulla (<i>et al</i> , 2005) Itália	9 Pessoas com insuficiência respiratória crónica ou hipoventilação noturna devido a doenças ao nível neuromuscular, submetido a VMecânica não invasiva.	Foi avaliada a gasometria arterial, o padrão respiratório e a arquitetura do sono durante a ventilação não invasiva, em dois modos de ventilação com PS. As duas configurações foram aplicadas aleatoriamente: o PS (nPSV) com parâmetros simples, e o fisiológico (PHYS), de acordo com o esforço respiratório da pessoa.	Durante o sono, tanto a PHYS como a nPSV resultaram num aumento significativo das trocas gasosas, eficiência do sono e na percentagem do sono REM. Nas pessoas com doença neuromuscular, o nPSV foi eficaz em melhorar os gases ao nível arterial durante o dia e permitir alívio da carga dos músculos inspiratórios. No entanto, PHYS foi associado com melhor arquitetura do sono e trocas gasosas durante a noite.	Quantitativo
Monséna, Edéll-Gustafsson (2005) Suécia	9 Pessoas (M1) recrutadas durante novembro de 2000 e 14 pessoas (M2) recrutadas durante dezembro de 2002, realizado numa UCI em Neurologia	Este estudo pretendeu examinar os fatores de perturbação do sono documentados pelos profissionais e registar o nível de ruído antes e depois da implementação, pelos examinadores, de um programa de modificação comportamental, o qual incluiu períodos onde não havia perturbação durante a tarde e a noite, assim como a mudança de rotinas.	Os fatores que perturbam o sono foram registados e agrupados em três categorias: cuidados gerais, cuidados específicos, cuidados médicos, visitas familiares e os restantes. Os mais perturbadores foram atividades de enfermagem gerais. O programa teve sucesso na redução dos níveis de ruído, assim como na redução dos fatores que afetam o sono.	Quantitativo
Alexopoulou (<i>et al</i> , 2007) Grécia	17 Pessoas ventiladas mecanicamente e há 48 horas, com boa sincronia entre pessoa-	Foi realizada polissonografia em pessoas sedadas (protocolo A) e não sedadas (protocolo B), uma e duas noites respetivamente,	Nas pessoas sedadas, a eficiência do sono foi pouco, mas significativamente maior com PAV do que com uma PS elevada, não diferindo entre os modos,	Ensaio Clínico Cruzado

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
	ventilador.	enquanto que as variáveis respiratórias foram registadas continuamente. Em cada protocolo as pessoas foram ventiladas com pressão assistida (PAV) e Pressão de Suporte (PS).	nas pessoas não sedados.	
Richardson (et al, 2007) Reino Unido	64 Pessoas internadas na UCI cardíotorácica.	Foram usadas escalas e questionários para obter respostas acerca da experiência das pessoas relativamente ao dormir. Grupo de controlo e grupo experimental, sendo que o grupo experimental usou máscaras e tampões para os ouvidos.	Os fatores referidos como sendo impeditivos de dormir foram: barulho, a temperatura ambiente elevada, desconforto generalizado, a dor, a luz, a ansiedade e as dificuldades respiratórias, entre outros menos evidenciados. As máscaras e os tampões para os ouvidos usados pelo grupo experimental demonstraram ser eficazes na redução dos 2 principais fatores de perturbação do sono, o barulho e as luzes.	Ensaio clínico Quasi-experimental
Toublanc (et al, 2007) França	20 Pessoas entubadas com ventilação mecânica por doença respiratória crónica agudizada	As pessoas foram monitorizadas através de polissonografia no final do período de desmame. Foram colocadas nos modos ventilatórios de ventilação assistida controlada (ACV) das 22 às 2 horas e ventilação com PS das 2 às 6 horas (ACV/low PS group); ou PS das 22 às 2 horas e A/C das 2 às 6 horas (low PS/ACV group).	As pessoas submetidas a ACV foram associadas a uma melhor qualidade do sono do que as pessoas submetidas a PS. Com base nestes resultados é recomendado que as pessoas entubadas e ventiladas mecanicamente por insuficiência respiratória aguda ou crónica devem ser re-ventilados à noite durante o período de desmame.	Ensaio Clínico Prospetivo randomizado
Uğras e Özteki N, (2007) Turquia	84 Pessoas internadas na UCI neurocirúrgica	Foi preenchido um questionário, numa entrevista cara-a-cara e no mesmo dia foram	Os fatores que afetam o sono: a imobilidade, o barulho, as intervenções de enfermagem, bem	Descritivo

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
	dos quais 66 apresentaram distúrbios do sono	transferidos da UCI para um internamento de neurocirurgia.	como as intervenções específicas de neurocirurgia (mexer o braço ou a perna, serem feitas perguntas para avaliar o nível de consciência, etc.), as luzes, os dispositivos médicos presentes e os cheiros.	
Nicolás (et al, 2008) Espanha	104 Pessoas cirúrgicas numa UCI	As pessoas completaram o questionário Richards-Campbell Sleep Questionnaire, uma escala visual analógica com 5 itens para medir subjetivamente a percepção das pessoas relativamente ao sono, a observação do sono pelos enfermeiros, os dados demográficos, os cuidados de enfermagem durante a noite e o uso específico de tratamentos farmacológicos foram também recolhidos dos registos de enfermagem.	Os fatores identificados como perturbadores do sono foram: a prestação de cuidados; o barulho dos arredores, dos equipamentos, os alarmes, o oxigénio, os telefones, as conversas; as luzes, a temperatura elevada; alterações provocadas pela própria cirurgia e anestesia, a dor, o desconforto da posição, a presença dos tubos, das máscaras de oxigénio, as preocupações, o nervosismo, a ansiedade, entre outros menos evidenciados.	Descritivo
Taştan (et al, 2010) Turquia	40 Pessoas internadas numa UCI pelo menos 5 dias	Este estudo teve como objetivo determinar os efeitos do ambiente de uma UCI sobre o sono da pessoa internada. Foi usado para a recolha de dados o questionário semiestruturado composto por duas partes. Na 1ª parte com a informação médica e na 2ª parte com os fatores que afetam o sono.	Os fatores que afetam o sono: os tratamentos médicos; as luzes, a medição contínua da pressão arterial, o barulho, a dor, os dispositivos médicos presentes no doente, preocupação pela situação clínica, a ansiedade e o stresse provocado não só pela pouca permanência dos familiares junto delas, limitação nas visitas, ansiedade e medo da	Descritivo

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
			doença, da recuperação e do desconhecido.	
Delisle (et al, 2011) Canadá	14 Pessoas conscientes e ventiladas mecanicamente	As pessoas foram sucessivamente ventiladas numa sequência aleatória e cruzada, ajustando a assistência ventilatória (NAVA) e a ventilação por PS. Polissonografia do sono foi realizada durante quatro períodos de 4 horas, dois com cada modo em ordem aleatória.	A NAVA melhora a qualidade do sono sobre o PS, em termos de sono REM, índice de fragmentação, e os esforços ineficazes numa população adulta não sedada.	Estudo prospectivo, cruzado comparativo
Li (et al, 2011) Taiwan	60 Pessoas de uma UCI	O grupo de controlo recebeu os cuidados diários habituais enquanto que o grupo experimental foi cuidado por enfermeiros que seguiam as <i>guidelines</i> para promoção do sono através da redução do barulho e da luz. Foram usados os questionários: Sleep in the Intensive Care Unit Questionnaire, o Richards Campbell Sleep Questionnaire e um medidor de decibéis, para recolher dados acerca do nível de ruído e da qualidade do sono.	Os fatores que interrompem o sono referidos pelas pessoas foram o barulho, as luzes, as intervenções de enfermagem, os testes de diagnóstico, recolha de sangue para análises, a avaliação de sinais vitais e a administração de medicação. Os ruídos referidos foram os dos monitores, das bombas infusoras e retirar os sinais vitais. As <i>guidelines</i> implementadas permitiram reduzir o nível do ruído mais alto, o nível de ruído médio, aumentando assim a qualidade do sono.	Quasi-experimental
Bihari (et al, 2012) Austrália	100 pessoas recrutados ao longo de 22 meses, que estiveram duas noites após extubação endotraqueal e que estavam	As pessoas responderam a um questionário baseado no questionário de Freedman alterado, e que forneceu informação acerca da qualidade do sono e dos fatores ambientais que o afetam. Foram	Foram identificados fatores ambientais (intervenções dos profissionais, barulho, luzes, administração de medicação, realização de exames e testes diagnósticos) e não ambientais (o uso regular em casa de comprimidos	Quantitativo

Autor(es)/ano/país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
	orientados aquando da alta.	ainda investigados os fatores não-ambientais que podem afetar a qualidade do sono através da análise dos registos clínicos.	para dormir; a administração de benzodiazepinas e esteroides; o tratamento para hipo/hipertiroidismo).	
Little (<i>et al</i> , 2012) Canadá	116 Pessoas que passaram pelo menos uma noite na UCI, que foram ventiladas mecanicamente e que receberam sedativos e/ou analgésicos	Preenchimento de um questionário que explora a qualidade e quantidade do sono, os fatores que contribuem para um sono pobre e a sugestão de alterações que poderão melhorar o sono na UCI.	Qualidade do sono na UCI foi classificada como sendo ruim / péssima, em comparação com a de casa, os cinco fatores mais citados para a perturbação do sono foram: o barulho, a dor, a luz, posição desconfortável o falar alto, a presença de cateteres intravenosos, a desorientação no tempo e as interrupções noturnas. Os pacientes que receberam sedativos intravenosos relataram uma melhor qualidade de sono.	Quantitativo

Um sono adequado é essencial para a saúde e recuperação da pessoa, no entanto, o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos é por natureza, um ambiente perturbador do padrão de sono normal (Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010). As pessoas internadas não conseguem dormir de acordo com o seu padrão de sono habitual (Uğras e Özteki'n, 2007) e dormem menos à noite, do que o fariam em casa, sendo que a qualidade do sono é também inferior (Richardson *et al*, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Bihari *et al*, 2012). O sono é portanto, insuficiente, fragmentado e possui ciclos incompletos (Nicolás *et al*, 2008; Little *et al*, 2012). Esta alteração do sono leva a que as pessoas apresentem sonolência durante o dia (Li *et al*, 2011).

Tendo em conta os estudos analisados, os fatores que foram identificados como perturbadores do sono/repouso nas pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos foram agrupados em três categorias, de acordo com a sua etiologia, destacando-se assim: os fatores inerentes à própria pessoa; os fatores inerentes aos profissionais; e os fatores inerentes ao ambiente próprio de uma unidade.

Neste sentido, os fatores perturbadores do sono/repouso identificados e agrupados como inerentes à própria pessoa foram: a dor (Frisk e Nordström, 2003; Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Taştan *et al*, 2010; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012); o desconforto da posição aumentado pela ausência de movimentos e lombalgias

(Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Little *et al*, 2012); a preocupação existente (Frisk e Nordström, 2003; Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010); a ansiedade (Frisk e Nordström, 2003); o medo da doença, da recuperação e do desconhecido (Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010); a ansiedade e o stresse provocado não só pela pouca permanência dos familiares junto da pessoa, mas também por se encontrarem num ambiente não familiar (Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010); ansiedade pelas preocupações com as responsabilidades sociais/papéis sociais (Uğras e Özteki'n, 2007); a desorientação no tempo (Little *et al*, 2012); a severidade da doença (Bihari *et al*, 2012) e o desconforto da presença de uma via aérea artificial (Nicolás *et al*, 2008).

Já os fatores perturbadores do sono/repouso identificados como sendo inerentes aos profissionais foram: as intervenções dos profissionais (Monséna e Edéll-Gustafssonb, 2005; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010) e a administração de medicação (Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012). No entanto, num dos estudos, as intervenções não foram indicadas pelas pessoas doentes com sendo interruptoras do sono, uma vez que estas foram realizadas quando a pessoa já se encontrava acordada (Nicolás *et al*, 2008).

Os fatores perturbadores identificados como sendo inerentes ao ambiente foram: o barulho (Gabor *et al*, 2003; Monséna e Edéll-Gustafssonb, 2005; Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Taştan *et al*, 2010; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012); as luzes (Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012); o tipo de ventilação e modo ventilatório (Parthasarathy e Tobin, 2002; Fanfulla *et al*, 2005; Alexopoulou *et al*, 2007; Toubanc *et al*, 2007; Delisle *et al*, 2011); a temperatura (Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al*, 2008); estar ligado a mais do que um dispositivo médico (Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010); o desconforto da ventilação mecânica e dos dispositivos invasivos (Nicolás *et al*, 2008; Little *et al*, 2012); e, por fim, os odores desagradáveis (Uğras e Özteki'n, 2007).

Na verdade, o fator perturbador do sono/repouso mais enfatizado nos estudos analisados foi o barulho, sendo que as fontes de ruído mais identificadas como perturbadoras foram: os alarmes dos monitores, as conversas dos profissionais e das outras pessoas internadas (Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan *et al*, 2010; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012). No entanto também foram identificados como perturbadores do sono, mas não tão evidenciados: o barulho dos telefones/telemóveis (Richardson *et al*, 2007; Uğras e Özteki'n, 2007; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012); o barulho das máscaras de oxigénio (Uğras e Özteki'n, 2007; Li *et al*, 2011); o barulho e alarme do ventilador (Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012) e o alarme das bombas infusoras (Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012); ruídos do sistema de aspiração ou de nebulização, sons de rádios, televisões e de campainhas (Uğras e Özteki'n, 2007; Bihari *et al*, 2012); o ressonar e o gemer das outras pessoas (Frisk e Nordström, 2003). Num dos estudos analisados, foi ainda considerado o uso regular de sedativos, ansiolíticos ou antipsicóticos, em casa e qual a sua influência no sono da pessoa internado, uma vez que

estas drogas não eram administradas em contexto de internamento, tendo-se concluído que estas apresentavam sono pobre (Bihari *et al*, 2012)

Nas revisões da literatura analisadas, foi possível constatar que muitos dos fatores supracitados, coincidem com os identificados nos estudos, nomeadamente os fatores ambientais (o barulho e as luzes), assim como as intervenções dos profissionais e a dessincronização do ventilador (Hardin, 2009; Elliott, McKinley e Cistulli, 2011; Silveira, Bock e Silva, 2012; Kamdar, Needham e Collop, 2012). A própria doença como fator fisiológico também é um fator disruptivo do sono, bem como os medicamentos administrados, não identificados nos restantes estudos analisados (Hardin, 2009; Weinhouse e Watson, 2009; Kamdar, Needham e Collop, 2012), apesar de haver referência à administração de benzodiazepinas e esteroides num dos estudos, como possíveis ser disruptores do sono (Bihari *et al*, 2012) e noutra a referência às pessoas sedadas como tendo uma melhor perceção do sono que as não sedadas (Little *et al*, 2012), ainda são necessários mais estudos relativamente ao efeito da medicação no sono da pessoa internada numa UCI.

Após a identificação dos fatores que afetam o sono/repouso, é necessário reconhecer quais as intervenções de enfermagem que cada enfermeiro deve adotar de modo a aumentar a qualidade do sono. Num dos estudos analisado e, tendo as pessoas a eficácia do sono comprometida, foram implementadas algumas medidas de controlo do ambiente e das atividades dos profissionais nomeadamente, foram fechadas todas as portas às 23 horas, reduzidas as luzes dos quartos, reduzido o volume do toque do telefone, verificado e reduzido o volume do alarme do monitor, verificado o volume dos fluidos endovenosos e a alimentação por sonda nasogástrica e substituídos por novas embalagens antes de terminarem. Para além destas medidas, os enfermeiros foram alertados para responderem aos alarmes em menos de um minuto e para reduzirem o volume das conversas. Foram ainda alterados os horários da realização de radiografias e de outros cuidados (por exemplo, rotinas tais como as inerentes às colheitas de produtos para análises), de antes das 5 horas da manhã para as 6:30 horas. Estas medidas promoveram uma melhoria da qualidade do sono (Li *et al*, 2011). O controlo da dor, sendo recomendada a utilização de analgesia opióide, e a realização das atividades que são benéficas para o conforto dos pacientes, tal como o posicionamento, são de suma importância (Nicolás *et al*, 2008). Outros autores sugerem diversas intervenções para aumentar a qualidade e a eficácia do sono, tais como: as pessoas serem informadas sobre o objetivo da permanência de cateteres e de sondas; o controlo do barulho, (desde as conversas informais às atividades e aos sons dos equipamentos); a redução do alarme dos monitores para o volume mínimo, o uso mais regular das luzes dos monitores em vez dos alarmes sonoros e adequação dos limites para cada pessoa doente; estruturar as atividades de forma a permitir o máximo de horas de sono (Uğras e Öztekin, 2007; Hardin, 2009; Taştan *et al*, 2010; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012); fechar as portas das enfermarias, se possível (Hardin, 2009; Li *et al*, 2011; Little *et al*, 2012); fornecer máscaras e tampões para os ouvidos (Richardson *et al*, 2007); Adequar o tipo e modo ventilatório à pessoa (Parthasarathy e Tobin, 2002; Fanfulla *et al*,

2005; Alexopoulou *et al*, 2007; Toublanc *et al*, 2007; Delisle *et al*, 2011); aumentar a exposição à luz durante o dia e reduzir fontes de luz durante a noite, por forma a regular o ritmo circadiano (Hardin, 2009; Li *et al*, 2011). Outra das intervenções que poderá reduzir o stress da pessoa e assim aumentar a qualidade do sono é permitir que a família/amigos permaneçam mais tempo junto desta (Taştan *et al*, 2010). É claro que muitos dos fatores que perturbam o sono são inevitáveis, no entanto, há alguns em que os enfermeiros podem intervir para melhorar a qualidade do sono da pessoa internada. As atividades que não são consideradas como sendo essenciais para manter a hemodinâmica da pessoa, devem ser evitadas pelo menos, de maneira a permitir um período de descanso mais longo durante a noite. Desta forma há a necessidade de as equipas de saúde se coordenarem entre si de forma a otimizarem as intervenções e assim, melhorarem a qualidade do sono das pessoas (Monséna e Edéll-Gustafssonb, 2005; Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al*, 2008).

Todas estas intervenções devem ser tidas em conta antes de se ponderar aplicar um protocolo de sedação. Existem diversos protocolos que podem, eventualmente, ser aplicados nas pessoas internadas em cuidados intensivos, no entanto, primeiramente devem ser investigadas, de modo aprofundado as causas específicas da interrupção do sono, ou seja, se esta é causada pela ansiedade, dor, depressão, barulho, intervenções dos profissionais, entre outras, tentando, desta forma, proporcionar as melhores condições para que o sono ocorra normalmente (Weinhouse e Watson, 2009). Os distúrbios nos padrões do sono nas pessoas internadas são, ainda, um assunto pouco considerado pelos profissionais de saúde. O atempado diagnóstico de distúrbios do sono permite o seu tratamento e a prevenção das complicações associadas (Silveira, Bock e Silva, 2012).

CONCLUSÕES

O sono numa unidade de cuidados intensivos é percebido como sendo insuficiente, apesar de ser algo essencial para a recuperação da pessoa, devendo, por isso, ser preservado e estimulado. A literatura mais recente aponta diversos fatores que influenciam a qualidade do sono/repouso, destacando-se os inerentes à própria pessoa (dor, desconforto da posição aumentado pela ausência de movimentos, lombalgias, preocupação pela situação clínica, ansiedade e medo da doença, da recuperação e do desconhecido, ansiedade e stress), os inerentes aos profissionais (intervenções dos profissionais e administração de medicação) e os intrínsecos ao ambiente de uma unidade de cuidados intensivos (barulho, luzes, temperatura, conexão a mais do que um dispositivo médico, tipo de ventilação, modo ventilatório e odores desagradáveis). De fato, os fatores mais comuns evidenciados na literatura foram: o barulho, as intervenções dos profissionais, a dor e a luminosidade.

O estar doente e num hospital constituem por si só, fatores suficientemente perturbadores do sono/repouso, ampliando-se quando a pessoa se encontra internada numa unidade de cuidados intensivos, rodeada de equipamento que emite sons e alarmes que a acordam

constantemente, muitas das vezes entubada orotraquealmente (real barreira à comunicação) e com limitação até para a sua automobilmobilização, com desconforto, dor, frio ou calor, sem compreender se é dia ou noite e, com a percepção de que a família apenas está presente por curtos períodos. Também os profissionais de saúde, que têm a seu cargo a vigilância/monitorização, estabilização hemodinâmica e cuidados desenvolvem atividades constantes que impõem inevitáveis estímulos. Tendo em conta todos estes fatores, é compreensível que a pessoa doente tenha dificuldade em manter um sono adequado e reparador. Neste sentido é necessária uma coordenação adequada entre os membros da equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro o elemento que melhor pode promover o ambiente terapêutico, os cuidados e as intervenções que possibilitem períodos de descanso mais longos e de melhor qualidade. Reduzir luzes e ruídos possibilita oferecer a cada pessoa a possibilidade de um sono com melhor qualidade. Também a sensibilização dos profissionais para uma reflexão mais aprofundada sobre a importância do sono poderá conduzir à elaboração de *bundles* orientadoras de estratégias e cuidados que privilegiem a melhoria da qualidade assistencial. O enfermeiro deve, portanto, estar consciencializado para a importância do sono/repouso da pessoa internada numa unidade de cuidados intensivos e para a identificação dos fatores que o afetam, de por forma a adequar o seu plano de cuidados, bem como, a desenvolver as estratégias que promovam um ambiente terapêutico harmonioso que possibilite a melhor qualidade do sono/repouso de cada pessoa.

Tendo em conta a teoria de Kolcaba (1991) sobre o conforto, e sendo este definido não só como uma causa de alívio do desconforto (envolve estímulos adversos e pensamentos), mas também como um estado de tranquilidade e satisfação, uma necessidade de tornar a vida «agradável», desta forma torna-se necessário identificar quais as necessidades de conforto do doente internado numa UCI (necessidades de conforto ambiental, necessidades de conforto físico, psicoespiritual e sociocultural) e ajudar na sua satisfação, realizando as intervenções anteriormente delineadas.

Durante a realização desta revisão sistemática da literatura foram identificadas limitações como a escassez de estudos sobre o tema em investigação no período de tempo considerado e dificuldades no acesso a algumas bases de dados importantes. Deste modo, sugere-se um maior investimento na investigação nesta área temática, principalmente em estudos nacionais, com o intuito de aprofundar os fatores já reconhecidos e identificar outros que possam igualmente interferir no sono. As intervenções de enfermagem deverão, posteriormente, ser (re)pensadas de modo a melhorar a sua qualidade assistencial nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas, indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que hoje se preconizam. Sugere-se ainda a sensibilização das equipas de enfermagem para que, em cada contexto se criem grupos de trabalho que motivem reais momentos de discussão, partilha e reflexão na e sobre a sua praxis que, valorizem e possibilitem cada vez mais, um sono reparador que contribua para a melhor recuperação de cada pessoa.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

Todos os estágios tiveram como guia orientador um Projeto de Estágio, elaborado durante os seis primeiros turnos em cada local de estágio. A elaboração dos projetos revelou-se importante na medida em que permitiram, de modo dinâmico, uma articulação entre a intenção de realizar algo e a ação, entre a teoria e a prática (Cortesão, Leite e Pacheco, 2002).

Neste sentido, seguidamente será feita a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, no âmbito de cada módulo de estágio, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados, bem como as competências desenvolvidas, sendo que apesar de na sua grande maioria serem transversais aos três estágios e terem sido desenvolvidas de modo gradual, apenas serão referidas naqueles estágios em foi mais enfatizado o seu desenvolvimento. As competências abordadas são as estipuladas pela Universidade Católica Portuguesa (2012). Serão ainda apresentados alguns exemplos representativos da nossa atuação junto da pessoa, que não sendo exaustivos, tornam este relatório mais rico.

As reflexões realizadas em todos os estágios serviram de suporte para a elaboração deste relatório, bem como proporcionaram excelentes instrumentos para refletir sobre as situações vivenciadas em estágio, e integrar essas vivências com os conhecimentos adquiridos no período teórico, permitindo-nos construir conhecimento e promover o nosso desenvolvimento pessoal e profissional (Abreu, 2007).

Durante os estágios que seguidamente iremos descrever e analisar, procurámos desenvolver uma prática centrada na pessoa e família, refletindo na e sobre a prática e orientando o nosso cuidado “para o diagnóstico das respostas humanas às situações de doença ou processos de vida, caminhando dessa forma no sentido de uma enfermagem mais autónoma e consciente da sua importância social” (Almeida e Coelho, 2011). Neste sentido, procurámos ir ao encontro de uma enfermagem avançada, na medida em que o cuidar centrado na pessoa foi sustentado numa prática crítico-reflexiva, nas teorias de enfermagem (Kolcaba e Watson) e na evidência científica.

A nossa prática foi orientada tendo em conta a satisfação das necessidades da pessoa e da família, proporcionando conforto, bem-estar e, nos casos em que a morte era inevitável, uma morte digna. Esta temática demonstrou-se relevante na medida em que a preocupação com o conforto das pessoas durante todo o ciclo vital, relacionada com os processos de saúde e doença, bem como as formas pelas quais o conforto é reforçado, são centrais para os enfermeiros e para a enfermagem (Meleis, 1997). O conceito de conforto como objetivo do cuidar em enfermagem tem sido explorado por vários autores e teóricos desde Nightingale (1889) que entendia o sofrimento e o desconforto que as pessoas experimentavam como sendo resultante de inadequações do ambiente e das ações do enfermeiro, tendo em conta

esse ambiente. Outras teóricas a abordar o conforto foram nomeadamente Katharine Kolcaba e Jean Watson. Neste sentido pareceu-nos oportuno abordar a teoria destas duas teóricas, por forma a contextualizar a prestação de cuidados.

Segundo Kolcaba e Kolcaba (1991), o conforto pode ser descrito de três formas, como um alívio, como um estado de tranquilidade e como uma transcendência e pode ser experimentado, tendo em conta as variáveis intervenientes, de uma forma holística, ou seja, no contexto físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1991). Isto é, para Kolcaba e Kolcaba (1991) o conforto é uma causa de alívio do desconforto, um estado de tranquilidade e satisfação pacífica, um estado de conforto e tudo o que torna a vida agradável, podendo este ser uma causa ou um efeito. Por sua vez, Watson (1985) refere-se ao conforto como uma variável externa que afeta o desenvolvimento externo e interno da pessoa, na qual as intervenções de enfermagem poderão contribuir para a promoção do estado de conforto da pessoa. Watson (1985) refere-se a essas intervenções que contribuem ou satisfazem uma necessidade de conforto como «medidas de conforto». Sendo o desconforto, uma causa de sofrimento para a pessoa cuidada e família, o profissional deve estar consciencializado para a importância do conhecimento das causas e a forma como é experienciado, delineando estratégias, por forma a contribuir para o seu alívio, e assim para a promoção do conforto (Ribeiro e Costa, 2012).

2.1. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS

Este estágio decorreu numa UCI polivalente, projetada e vocacionada para situações críticas do foro médico, do foro da cirurgia e da traumatologia devido às necessidades de saúde da população que o hospital serve. Uma vez que os cuidados intensivos têm como principal objetivo manter e recuperar as funções vitais das pessoas consideradas em estado crítico, de maneira a criar condições para tratar a doença subjacente (Portugal, 2003), esta está provida de recursos humanos qualificados, de recursos materiais complexos e de tecnologia altamente diferenciada que permite a aplicação de técnicas invasivas e não invasivas muito específicas - suporte ventilatório; hemodinâmico; e execução de técnicas dialíticas. Está subdividida, tendo uma capacidade para 60% de pessoas a necessitarem de cuidados intensivos e 40% de pessoas a necessitarem de cuidados intermédios, pelo que está classificada, de acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e tendo em conta as técnicas utilizadas e as valências disponíveis, como sendo de Nível III (cuidados intensivos) e de Nível I (cuidados intermédios) (PORTUGAL, 2003). Possui ainda uma sala de hemodiálise e uma sala de procedimentos (colocação de pacemaker provisório, entre outros).

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos, sendo que os enfermeiros se encontram agrupados por equipa, existindo cinco

equipas compostas por um chefe de equipa cada. O método de trabalho de enfermeiro responsável utilizado na UCI permitiu-nos um melhor conhecimento das pessoas cuidadas que nos foram atribuídas favorecendo a relação enfermeiro-pessoa e uma individualização e humanização dos cuidados (Parreira, 2005), sendo que cada enfermeiro “é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário” (Hesbeen, 2001, p.139), não esquecendo no entanto, o trabalho de equipa e a interajuda. Este método de trabalho no entanto pode levar a algumas discrepâncias em termos de conhecimentos e competências, criando disparidade e diversidade na prestação de cuidados (Parreira, 2005). O chefe de equipa não tem pessoas atribuídas, ficando responsável pelas áreas da gestão e supervisão de cuidados, bem como assumindo a responsabilidade do exercício profissional que se desenvolve na sala de hemodiálise. Esta sala é utilizada tanto para as pessoas internadas no hospital, como para situações de urgência.

Como indicadores de qualidade são usadas escalas como a *Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS 28) que permite avaliar a carga de trabalho de enfermagem; a *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE II) e *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS II). Utilizam ainda a *Behavioral Pain Scale* (BPS), recentemente implementada, e que segundo a circular normativa nº9 de 14/06/2003, da Direção-Geral da Saúde, considera como boas práticas, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo sistemático da intensidade da dor, dando a esta medida carácter vinculativo; a Escala de Braden (úlceras por pressão); a Escala de Morse (risco de queda); e a Escala de Coma de Glasgow (nível de consciência).

De seguida iremos apresentar os objetivos delineados bem como as atividades desenvolvidas, de acordo com o projeto de estágio, sendo que como objetivo geral delineámos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa internada na UCI, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Cuidar em enfermagem é dar uma atenção especial a uma pessoa que vivencia uma situação de saúde particular, com a finalidade de contribuir para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde (Hesbeen, 2000). Sendo a pessoa o centro desse cuidar, e para se prestar cuidados de qualidade tendo em atenção os problemas e as necessidades desta, é necessário o planeamento, execução, avaliação e gestão de cuidados, em contexto específico de uma UCI. Para efetuar este planeamento sentimos necessidade de, inclusivamente, compreendermos a estrutura, organização e metodologia da unidade, pelo que, estivemos atentas às explicações fornecidas pelo enfermeiro orientador relativas à organização e à sua dinâmica de funcionamento. Observámos a estrutura física e lemos as normas de procedimentos, protocolos de atuação utilizados e instruções de trabalho em vigor. Colaborámos no transporte de pessoas em estado crítico, quer para a realização de exames, quer para permitir a limpeza e desinfeção das enfermarias, o que nos permitiu compreender a sua dinâmica de organização.

Integrámo-nos de modo gradual na equipa multidisciplinar, colaborando com os vários elementos da prestação de cuidados sempre que nos parecia oportuno.

Ao nível da **segurança dos cuidados**, utilizámos a *checklist* implementada na UCI em todos os turnos, por forma a confirmarmos se a unidade da pessoa cuidada se encontrava em conformidade com diversos parâmetros considerados como sendo essenciais, tanto na ocorrência de uma situação de urgência, como na manutenção de um ambiente seguro. O preenchimento desta *checklist* ajudou-nos a compreender como é que a unidade se encontra organizada de forma a ser mais funcional, quais os recursos materiais necessários para a avaliação/monitorização contínua dos parâmetros vitais, bem como para atuar em situações de urgência e também para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde. As *checklists* foram criadas para evitar erros e falhas, pois estas consistem na verificação de uma lista de tarefas que dá segurança, eficiência, exatidão e foco, na medida em que quem a realiza torna-se responsável por aquilo que realizou. É um aspeto importante e que diminui a probabilidade de ocorrência do erro, permitindo à pessoa uma recuperação sem intercorrências, mais rápida e com menores custos (Gawande, 2009).

Dentro do objetivo geral anteriormente referido, estabelecemos como prioritários os objetivos específicos que se seguirão:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com necessidade de suporte ventilatório (ventilação mecânica invasiva e não invasiva);

Prestamos cuidados de enfermagem específicos às pessoas submetidas a ventilação mecânica, sendo que alguns dos modos ventilatórios que mais observamos foram: a ventilação assistida controlada, a ventilação mandatória intermitente sincronizada, a ventilação com pressão positiva associada à pressão de suporte e volume controlado com pressão regulada. Estabelecemos como importante a alternância de decúbitos da pessoa, no âmbito da ventilação/perfusão alvéolo-capilar, de forma a permitir a máxima ventilação alveolar, proporcionando-lhe ao mesmo tempo conforto e prevenindo assim as úlceras por pressão. Pudemos colaborar e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a **ventilação mecânica invasiva e não invasiva**, integrando teoria e prática, compreendendo e relacionando o modo ventilatório com as necessidades da pessoa, tanto a nível gasométrico, como ao nível da ventilação e desenvolvendo uma **metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa**. As gasometrias permitem ter uma visão global do estado da pessoa ao nível da perfusão/oxigenação, sendo que em cuidados intensivos, torna-se primordial que os enfermeiros saibam interpretar os seus valores e agir em conformidade, prevenindo complicações imediatas e informando posteriormente o médico do sucedido (Woodrow, 2010). O desenvolvimento destas atividades permitiram-nos **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, bem como **gerir, interpretar e integrar na prática, de forma adequada, informação proveniente da**

formação inicial, da experiência profissional e de vida, e os conhecimentos adquiridos na formação pós graduada, aspeto defendido por Amendoeira (2004).

Outra das atividades desenvolvidas foi o **comunicar** com pessoas entubadas endotraquealmente e a comunicação destas com as suas famílias/pessoas significativas, uma vez que comunicar é um aspeto fundamental em enfermagem. Tanto para a pessoa cuidada, que não consegue estabelecer uma comunicação verbal, como para a sua família que a vê privada de comunicar. Estas situações afiguram-se constrangedoras e constituem reais barreiras à comunicação, geram stresse e provocam alterações significativas na sua dinâmica. Também a limitação nas visitas, tanto em número como em horário, dificulta ainda mais a expressão de sentimentos e afetos. Estas dificuldades na comunicação com as pessoas ventiladas e/ou sedadas, acrescentada à gravidade da sua situação clínica, faz com que o enfermeiro tenha um papel primordial junto de cada família/pessoa significativa (Hanson, 2005). Tendo em conta o anteriormente referido, e **tomando a iniciativa e sendo criativas na interpretação e na resolução deste problema**, procurámos assumir o papel de intermediárias entre a pessoa cuidada e a família, incentivando-as a estabelecer estratégias para a comunicação eficaz. A valorização destes momentos, incentivando a comunicação e servindo como intermediário, permitiu à pessoa doente e ao familiar expressarem sentimentos e diminuírem o *stress* e a ansiedade causados pelo internamento, aspeto defendido por Hanson (2005).

Uma das preocupações sempre presente prendeu-se com a prevenção de **infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)**, uma vez que estas são um indício extremamente importante e indicador da qualidade de um serviço. Em Portugal a taxa de prevalência de pessoas com IACS ronda os 9,8% (Costa, 2010). Para a sua prevenção contribuíram diversos procedimentos e normas que, de acordo com a Comissão de Controlo de Infeção dos hospitais, devem ser respeitadas. Neste sentido pareceu-nos pertinente refletir sobre as implicações que as infeções nosocomiais podem ter na morbilidade/mortalidade da pessoa cuidada, e sobre as atividades que adotámos para as prevenir nomeadamente: a manipulação de torneiras de cateteres centrais venosos ou arteriais usando álcool a 70%; a manutenção do acesso que não está a ser utilizado, fechado; o manter as unhas curtas, limpas e livres de verniz ou gel; a higienização das mãos nos cinco momentos; bem como a utilização dos equipamentos de proteção individual sempre que oportuno (ex. limpeza das vias aéreas); entre outras recomendações existentes. Procurámos também, através de momentos de sensibilização informais, junto dos enfermeiros da UCI, fomentar a sua prevenção e assim, promover a melhoria dos cuidados. Pudemos também constatar que algumas práticas utilizadas na unidade podem contribuir para a prevenção das infeções, nomeadamente a realização de ensino aos familiares/pessoas significativas da importância da higienização das mãos antes e depois de visitarem o seu familiar/amigo, uma vez que as mãos são o maior veículo de transmissão de infeções, pelo que a sua correta higienização destas, é um dos primeiros mecanismos de prevenção (Direção-Geral da Saúde, 2010), prática que promovemos junto dos

familiares. Desta forma reconhecemos a necessidade de prevenir, identificámos práticas de risco e dirigimos o risco ao nível da prevenção das IACS.

As IACS das pessoas com ventilação mecânica invasiva em Portugal rondam os 19,7% (Costa, 2010). A aspiração de secreções é um dos procedimentos utilizado para a **limpeza das vias aéreas** frequente na UCI. Para além deste procedimento, também é frequente o uso de cloreto de sódio para ajudar a remover as secreções. Pelo que, através de pesquisa bibliográfica efetuada e da **reflexão na e sobre a prática**, priorizamos a estimulação da tosse (sempre que era possível), a realização de cinesiterapia por parte do fisioterapeuta (quando era possível) e a hidratação da pessoa para a fluidificação e remoção das secreções (Roberts, 2009; American Association for Respiratory Care, 2010; Giakoumidakis *et al*, 2011). Esta pesquisa permitiu-nos adquirir conhecimentos, enquadrá-los na prática de cuidados e partilhá-los através de conversas informais (Guimarães, 2000), contribuindo assim para a prevenção das infeções associadas aos cuidados, bem como **zelar pelos cuidados prestados à pessoa doente em cuidados intensivos**.

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa sujeita a tratamento de substituição renal;

Este objetivo demonstrou-se pertinente na medida em que o aprofundar de uma temática permitiu-nos adquirir competências especializadas nessa mesma temática, **promovendo, de forma contínua e autónoma, o nosso autodesenvolvimento pessoal e profissional, adquirindo conhecimentos e pondo em prática a teoria aprendida durante o período teórico**. Tivemos oportunidade de assistir e colaborar na realização de técnicas de substituição renal, quer à pessoa doente com fístula arteriovenosa, quer com cateter de hemodiálise, numa situação de agudização da insuficiência renal crónica, por insuficiência renal aguda ou porque estavam internados, sem condições para se deslocarem até outro hospital, com serviço de hemodiálise. Pudemos então colaborar na prestação de cuidados à pessoa doente submetida tanto a hemodialise, como a hemofiltração, tendo-nos permitido expandir horizontes para questões, práticas e procedimentos que, até àquela data, não lhes dávamos a importância devida, não conhecíamos ou nunca tínhamos realizado. Procurámos sempre manter e proporcionar conforto à pessoa, tendo em conta a teoria de Kolcaba (1991), principalmente ao nível do conforto físico (através do alívio da diminuição de movimentos, colaborando no posicionamento; propiciando uma cama confortável e assim facilitando o relaxamento; e evitando a toma de analgésicos) e do conforto psicoespiritual (estando disponíveis e proporcionando momentos de «desabafo»; reassegurando-o do tratamento em curso). Procedemos à vigilância dos parâmetros vitais, nomeadamente tensão arterial e frequência cardíaca, monitorização do balanço hídrico e do peso da pessoa doente. Demonstrámos preocupação em transmitir informação acerca da situação decorrente e alguns ensinamentos sobre alimentação e sobre a restrição de líquidos naquelas pessoas, sempre que oportuno, reduzindo

o medo e a ansiedade demonstrada, bem como propiciando o envolvimento da pessoa no seu processo de saúde-doença, e na prevenção, tal como o que é preconizado por Watson (1985).

Pudemos ainda durante o estágio colaborar com o chefe de equipa na gestão de recursos materiais e humanos, bem como na **supervisão** clínica de cuidados, tendo-nos apercebido que o estilo de supervisão adotado era referente ao de colaboração. Este estilo foi utilizado tanto na abordagem aos enfermeiros da unidade, como relativamente à abordagem apresentada perante o nosso estágio. Através deste estilo, o enfermeiro orientador, chefe de equipa, valorizou sempre a nossa opinião, encorajando-nos posteriormente a encontrar as soluções mais adequadas para os problemas com que nos deparámos, refletindo sobre eles, escutando e retirando dúvidas e por último ajudando-nos a compreender os prós e os contras de determinado resultado, indo de encontro a Simões e Garrido (2007).

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida ao protocolo de hipotermia terapêutica, internada na UCI;

A **hipotermia terapêutica** é um procedimento pioneiro e em desenvolvimento nesta unidade. Por considerarmos esta temática bastante pertinente para a prestação de cuidados direta à pessoa submetida a este procedimento, desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema, tendo inclusive assistido a uma ação de formação, proporcionada por um enfermeiro do local de estágio. Este procedimento, segundo a bibliografia encontrada, é aplicado às pessoas após paragem cardíaca (independentemente da causa subjacente), após acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico e contribui para a diminuição da lesão neurológica pós hipoperfusão cerebral (Granja, 2011; Petrović, 2011), uma vez que reduz o metabolismo celular, diminui o consumo de oxigénio e aumenta a tolerância ao excesso dos produtos de excreção (Hale e Kloner, 2011). Tendo em conta a pesquisa efetuada procurámos, na prestação direta de cuidados à pessoa submetida a este procedimento, monitorizar a temperatura corporal, mantendo-a nos níveis de temperatura preconizados pelo protocolo e proporcionar cuidados de conforto (posicionamento, higiene da boca, etc.). Este aprofundar de conhecimentos permitiu-nos **produzir um discurso pessoal fundamentado, perante a família da pessoa doente, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre o problema de saúde**, ao mesmo tempo, procuramos minimizar o impacto negativo deste procedimento na família, proporcionando suporte emocional e mostrando-nos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida. Num caso particular, após percebermos a reação de ansiedade de um familiar de uma pessoa submetida à hipotermia terapêutica, dirigimo-nos a esta e proporcionámos-lhe informação e esclarecimento de dúvidas, sendo que conseguimos assim tranquilizá-lo. Segundo Watson (2002), este proporcionar de informação permite tranquilizar os familiares, reduzindo a ansiedade e o stresse normais, resultante de uma situação de incerteza e de desconhecimento.

Por último e após identificada por nós a área considerada como sendo de interesse, relacionada com a importância do sono para a pessoa internada, delineamos ainda como objetivos específicos a desenvolver:

- Adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre o sono, baseados na evidência científica, permitindo o nosso desenvolvimento pessoal e profissional;

A área identificada como sendo considerada de interesse prende-se com a importância do sono/repouso para a pessoa internada, detetada através de uma situação que nos despertou a atenção e que nos fez compreender que a maioria das pessoas não consegue assegurar um sono adequado, um sono de qualidade, quando se encontram em situação de internamento numa unidade de cuidados intensivos, corroborado pela revisão sistemática da literatura, já descrita neste relatório. Como forma de contextualizar a revisão na prática de cuidados, foram realizadas **entrevistas informais semiestruturadas** a seis pessoas internadas e à enfermeira responsável pela consulta de *Follow-up*, com posterior análise de conteúdo (APÊNDICE II). Salientamos que a informação recolhida é relativa à avaliação inicial de enfermagem e que tivemos em consideração as questões éticas respeitantes ao consentimento informado, princípios de anonimato e de confidencialidade das pessoas entrevistadas bem como do local de recolha. Através das entrevistas pudemos identificar como principais fatores perturbadores do sono: (1) o barulho provocado tanto pelos profissionais, como pelas outras pessoas internadas, pelos alarmes dos monitores e das bombas de perfusão endovenosa; (2) seguindo-se a presença permanente de luzes artificiais. Ou seja, os fatores inerentes ao ambiente foram os que mais se destacaram nas entrevistas realizadas. Os fatores identificados vão de encontro à revisão da literatura realizada e que, transpondo para a teoria de Kolcaba (1991), são considerados como estímulos que causam desconforto, manifestando-se na necessidade de conforto ambiental. Para além destes dois fatores foram também identificados como perturbadores do sono: (3) a ansiedade/preocupação devido à situação clínica atual, pela sua situação de doença; (4) o estarem num ambiente não familiar; (5) e a dor, que apesar de na maior parte das vezes estar controlada com analgesia em perfusão endovenosa contínua, ainda constitui um fator perturbador do sono. Estes últimos fatores correspondem a estímulos de natureza psicoespiritual, sociocultural e física, perturbadores do conforto, e consequentemente do sono da pessoa internada numa UCI.

Para além das pessoas que foram entrevistadas de forma informal, também levamos a cabo conversas informais com os enfermeiros da UCI, o que nos permitiu aperceber que estes têm consciência da importância do sono para o bem-estar da pessoa, e que este deve ser preservado. No entanto, não o é, devido às condições inerentes ao ambiente característico da unidade e às intervenções de enfermagem. A realização de turnos no período da noite foi importante pois permitiu-nos integrar e contextualizar as entrevistas realizadas, bem como aplicar na prática os resultados da revisão sistemática. Percecionámos também que as situações de urgência são inevitáveis tal como o barulho inerente a estas. Estas entrevistas e

conversas informais permitiram-nos **participar e promover a investigação em serviço em enfermagem médico-cirúrgica.**

- Realizar uma sessão de formação que promova o edificar de estratégias / intervenções que melhorem a qualidade do sono das pessoas internadas na unidade.

Relativamente à realização de uma **sessão de formação**, este objetivo não foi atingido durante o período de tempo estipulado, uma vez que o serviço não apresentava disponibilidade para a formação no momento, apesar de ter sido elaborada a apresentação, bem como o plano de sessão e a ficha de avaliação da sessão para quando o serviço viesse a ter, eventualmente, disponibilidade, algo que não se concretizou. Apesar de a formação não ter tido lugar, foi fornecido à UCI um dossiê contendo o propósito do estudo, a revisão sistemática da literatura, as entrevistas, a análise de conteúdo, as considerações éticas, bem como um texto de apoio sobre o tema (APÊNDICE III), para consulta, **promovendo assim o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.** Apesar de não ter havido possibilidade de realizar a sessão de formação, **fomos capazes de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios sobre a área em estudo, ao enfermeiro orientador (especialista) e a outros enfermeiros, sempre que foi conveniente,** contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência Polivalente (SU) é dotado de recursos humanos qualificados e de recursos materiais complexos, com uma estrutura física bem definida e organizada em diversos setores. A panóplia de situações que ocorrem, tornam este serviço um local propício a novas experiências, trazendo conhecimentos relevantes para a prática. Particularizando por áreas de especialidade e com as estatísticas do primeiro semestre de 2012 (ANEXO I), retratamos o número de pessoas que foram observadas no serviço de urgência - medicina (34547); cirurgia (12338 - cirurgia geral e pequena cirurgia); ortopedia (9518); oftalmologia (6808); psiquiatria (3682); otorrinolaringologia (3141); urologia (2933); neurologia (2084); maxilofacial (1781); e, neurocirurgia (1359). De acordo com a gravidade de cada situação clínica e para cada caso específico, assim é feita a sua referenciação quer para os departamentos de cada área de especialidade do CHLC, quer para os da sua área de residência; encaminhamento para outras instituições de saúde ou, alta clínica.

No que concerne ao circuito da pessoa, esta inicia o seu percurso de admissão no posto de atendimento administrativo, ficando a aguardar a chamada para a triagem, na qual é usado o Sistema de Triagem de Manchester (STM). As pessoas que vêm acompanhadas pelos tripulantes de ambulância, geralmente são recebidas em macas que se encontram na área de

triagem. Consoante os sintomas apresentados, os protocolos existentes, bem como o discernimento do enfermeiro da triagem, e de acordo com a cor da triagem e as atitudes terapêuticas, assim é encaminhada a pessoa para a área de atendimento correspondente (verde/azul ou amarelo/laranja), aguardando a observação médica, exceto se se encontra em risco imediato de vida, se foi triada com a cor vermelha, se é politraumatizada ou se tem um score na Escala de Coma de Glasgow inferior a 9. Nestes casos a pessoa é imediatamente encaminhada para a «Sala de Reanimação» (SR) ou «Sala de Trauma» (ST). As salas de atendimento acolhem também algumas pessoas que aguardam vaga num serviço de internamento, bem como aquelas que são consideradas “casos sociais” e que aguardam a resolução do seu problema. O SU detém ainda três salas de pequena cirurgia, uma sala de ortopedia, outra de ortorradiologia, uma de oftalmologia e outra de otorrino, as duas últimas não têm apoio permanente de enfermagem. Os médicos trabalham em parceria com os assistentes operacionais e solicitam a presença do enfermeiro apenas quando é necessária a realização de procedimentos mais invasivos.

O SU frui de 5 Unidades de Observação (UO), sendo que duas são referentes a pessoas com diagnóstico do foro médico (8 camas), outras duas a pessoas com diagnóstico do foro cirúrgico (9 camas) e uma sala com cinco camas que, atendendo à melhor otimização de recursos humanos, apenas funciona quando a lotação das salas referidas está completa. Possui ainda uma sala de isolamento com pressão negativa, duas SR e duas ST, dotadas de recursos tecnológicos altamente diferenciados. Desfruta ainda de um serviço de radiologia, bem como estabelece uma relação com outros serviços do hospital como o departamento de exames complementares de diagnóstico, o serviço de análises clínicas, o aprovisionamento, os serviços de hotelaria e serviços hoteleiros, serviço de esterilização, entre outros.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros (120), assistentes operacionais (70), administrativos e técnicas de análises clínicas. Os 120 enfermeiros encontram-se divididos por equipas, sendo que este tipo de método de distribuição permite que os enfermeiros de uma mesma equipa conheçam o trabalho uns dos outros e se organizem e coordenem de forma a otimizar recursos. O método de distribuição de trabalho é o individual, no entanto existe uma grande cooperação e coordenação entre os enfermeiros por forma a colmatar o setor mais necessitado. O trabalho em equipa no qual tomamos parte, consiste na interação entre dois ou mais indivíduos, “de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objectivo comum e apreciado por todos” (p.70). Este surge “como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços” (Pinho, 2006, p.70). Não descurando nunca a importância da pessoa cuidada e da família/cuidador, na prestação de cuidados.

O estágio neste SU centrou-se na prestação direta de cuidados à pessoa, uma vez que no âmbito da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica se torna relevante o desenvolvimento de competências ao nível da prestação de cuidados a pessoas em situação de urgência/emergência. Este desenvolvimento de competências enquadra-se na necessidade

de reconhecer e avaliar a pessoa de forma rápida e sistemática, estabelecendo intervenções e prioridades de atuação adequadas a cada pessoa/situação específica. Assim sendo, como objetivo geral estabelecemos o seguinte:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de urgência/emergência, e respetiva família, no contexto do SU.

Como objetivos específicos, e mais direcionados, estabelecemos os que se seguirão:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família, em contexto do SU.

O SU, fazendo parte do Serviço Nacional de Saúde, é uma das principais portas de entrada das pessoas neste e pretende dar resposta em tempo útil a situações de urgência e emergência que a ele acorram (Christ *et al*, 2010; Paiva *et al*, 2012). A observação do espaço físico do SU e observação da dinâmica gerada entre a equipa multidisciplinar e as pessoas, bem como os circuitos existentes permitiu-nos conhecer a estrutura, compreender a organização e a dinâmica de funcionamento do SU bem como conhecer os circuitos possíveis para a admissão da pessoa no SU. A leitura e aplicação, sempre que possível, tanto ao nível da SR e ST como dos restantes setores do SU, das normas («Norma de colheita e transporte de hemocultura»; «Norma e procedimento para o transporte secundário de doentes»; «Norma de encaminhamento de doentes na urgência»), protocolos utilizados («Hipotermia terapêutica»; «Protocolo de VNI») e instruções de trabalho em vigor («Aspiração de secreções brônquicas»; «Abordagem ao doente com cateter venoso central totalmente implantado»; «Colocação, manutenção e remoção de drenagem torácica») também foram essenciais para o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa**. Integramo-nos na equipa multidisciplinar, dando especial atenção à dinâmica erigida entre a equipa multidisciplinar e a pessoa/família, colaborando sempre com os diversos profissionais bem como estabelecendo uma relação de interajuda nos diversos setores, quando o setor onde nos encontrávamos estava menos sobrecarregado, gerindo os cuidados prestados e priorizando intervenções. Estas atividades permitiram-nos desenvolver competências no que diz respeito à capacidade de **trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e a realizar a gestão dos cuidados em enfermagem médico-cirúrgica**.

Relativamente aos protocolos e, uma vez que já tivemos oportunidade de prestar cuidados especializados à pessoa submetida a **hipotermia terapêutica** na UCI, pretendíamos, durante este estágio, poder iniciar o protocolo ou dar seguimento ao protocolo iniciado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), algo que não foi possível por não ter ocorrido nenhum caso durante o período de estágio.

Apesar de termos valorizado todas as situações com que nos deparámos, sustentamos que algumas das pessoas que recorreram ao SU apresentavam situações que seria prontamente resolvidas num dos outros recursos da sociedade disponíveis para situações não urgentes (por exemplo, a necessidade de prescrição de uma receita médica para continuidade do

tratamento). Esta recorrência ao SU talvez se deva ao desconhecimento da população em geral relativamente aos recursos existentes na sociedade, ou à ideia preconcebida de que no SU o atendimento é rápido e não necessitam de esperar pela marcação de consulta. Indo de encontro ao defendido por Paiva (*et al*, 2012) que refere que o recurso ao SU é um “valor culturalmente enraizado nas sociedades modernas, conotado a valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade” (Paiva *et al*, 2012, p. 8). No entanto, estas pessoas acabam por receber um atendimento inadequado, não permitindo a resolução do seu problema por utilização inadequada de paradigmas de abordagem terapêutica, impróprios para doenças crónicas e pela impossibilidade no posterior seguimento da resolução dos problemas. De uma maneira ou de outra, esta hiperutilização do SU provoca um gasto de recursos e uma redução da eficiência, dificultando a resposta às necessidades reais da população (Moskop *et al*, 2009; Marques, 2011; Paiva *et al*, 2012). Em Portugal, do número total de urgências anual, num inquérito realizado em 2010, 46% não necessitariam de ser atendidas por um serviço de urgência hospitalar (Paiva *et al*, 2012). Relativamente ao SU do HSJ, este recebeu no 1º semestre de 2012, 80773 pessoas doentes, das quais 815 foram classificadas como «não urgentes», 2065 foram consideradas como «outros casos» e 555 foram classificadas como «indefinidos» (ANEXO I).

O **STM** atende à priorização consoante a gravidade de cada caso clínico e não à ordem de chegada, atribuindo uma cor que assume importância na escala de índice de gravidade (MTG, 2008), no entanto, por si só não garante o bom funcionamento do SU, pois parte da experiência e perspicácia do enfermeiro, bem como do seu “bom senso”, na atribuição de uma categoria à pessoa que se lhe apresenta, não descurando as outras que se encontram em espera para serem observadas pelo médico, bem como a sua prioridade. A possibilidade de colaborar com o enfermeiro, detentor de formação em STM permitiu-nos compreender a importância da existência de um sistema que, tendo em conta a sintomatologia apresentada pela pessoa doente, permite priorizá-las de acordo com critérios de gravidade, impondo limites de tempo no qual esta deverá ser atendida.

Nas **salas de atendimento** pudemos realizar diversas intervenções, nomeadamente a observação, a colheita de dados e primeira avaliação, planeamento de cuidados (administração de fármacos por via endovenosa, intramuscular, inalatória, subcutânea, perórs, retal; oxigenoterapia e nebulizações; recolha de produtos para análise e exames bacteriológicos; entubação nasogástrica; entre outras), bem como atender às necessidades de informação, sobre os procedimentos e intervenções a realizar, sobre os exames complementares de diagnóstico, a sequência dos acontecimentos, assim como proceder ao internamento destas pessoas em UO. Este *openspace* é importante uma vez que é exigido do enfermeiro vigilância/monitorização contínua das pessoas, permitindo-lhe detetar rapidamente focos de instabilidade ou alterações que possam ser corrigidas no imediato. Num caso específico de uma pessoa que recorreu ao SU por crises convulsivas e que enquanto aguardava a reavaliação médica, desenvolveu um quadro convulsivo que foi prontamente detetado e para o

qual pudemos intervir junto da mesma, de forma adequada e atempada, prevenindo complicações.

Cuidar de uma pessoa em situação de urgência/emergência implica por parte do enfermeiro conhecimento e tempo, implica disponibilidade e intenção, implica respeito e atenção (Vieira, 2007). Os serviços de urgência/emergência são vistos pela população em geral como sendo serviços complexos, em que o atendimento é diversificado. No entanto não deixa de ser um serviço que causa à pessoa doente e seu familiar, alguma insegurança, quer não só pela situação de doença, mas também por fatores psicológicos e emocionais (Andrade *et al*, 2009). Tendo em conta esta premissa, ao longo do estágio procurámos humanizar cuidados e demonstrar essa humanização através:

“de ações conjuntas: um simples olhar atento; boa vontade dos profissionais; ambiente higienizador; material suficiente e equipamentos adequados e funcionantes; cordialidade; conforto; profissionais capacitados nas ações desempenhadas” (Andrade *et al*, 2009, p.156).

Como estratégia para **humanizarmos** cuidados, integrámos as pessoas nos cuidados, colaborámos ativamente no seu acolhimento, realizando a colheita de dados, explicando-lhes o porquê de se encontrarem em determinada zona de atendimento, os procedimentos e intervenções a realizar, os exames complementares de diagnóstico, bem como a sequência de acontecimentos. Este fornecer de informação é considerada por Watson (1985) como medidas de conforto.

O cuidado em enfermagem desenvolve-se na relação com a pessoa cuidada e com os familiares/pessoas significativas, sendo a comunicação uma peça fundamental para que se estabeleça uma relação interpessoal. Esta é o meio através do qual os seres humanos se relacionam, é o aspeto mais importante de uma relação, é o processo de transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para outra (Fachada, 2006). Relativamente ao desenvolvimento de uma **comunicação eficaz** e, tendo em conta o anteriormente referido, pudemos assumir uma dinâmica de comunicação/relação efetiva. Ao desenvolver estas atividades, tentámos concretizar em e na ação a perspetiva de Lazure (1994), que refere que as técnicas que permitem o desenvolvimento de uma comunicação eficaz são, entre outras: o toque e a escuta ativa. Uma vez que as pessoas que se encontram nas áreas de atendimento estão geralmente acompanhadas pelos familiares, a presença da família também foi sempre valorizada e incluída na prestação de cuidados. Durante todo o estágio procurámos demonstrar disponibilidade para escutar a pessoa e família, não só através da postura, como dos gestos e da expressão corporal, tendo em conta a unicidade e singularidade da pessoa e da família (Watson, 1985; Watson, 2002). Respeitámos os seus valores, as suas crenças e cultura e demos-lhes oportunidade para o esclarecimento de dúvidas, respondendo, sempre que possível, às suas necessidades/problemas. Esta prontidão em «estarmos para a pessoa», permitiu-nos estabelecer uma maior proximidade e apercebermo-nos de uma maior abertura por parte da família. A transmissão de informação também se mostrou essencial nesta relação,

uma vez que a família “tem necessidade de informação para compreender o que se passa, participar nas decisões para que eles próprios possam levar o suporte necessário à pessoa doente” (Phaneuf, 2005, p.462). Desta forma demonstrámos preocupação pelas dimensões ético-deontológicas e relacionais na abordagem à pessoa cuidada e família, bem como **demonstrámos conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa cuidada e família e relacionamo-nos de forma terapêutica.**

Relativamente à **temática transversal** ao três campos de estágio e do qual foi elaborada uma RSL no estágio anterior, não foi possível implementar as intervenções na promoção do sono/repouso ao nível do SU, devido à própria dinâmica do serviço e por este ser um local de passagem das pessoas cuidadas. No entanto, apesar da RSL ser relativa a uma UCI e, na inexistência de evidência científica relativamente a um SU, considerámos que os diversos fatores existentes que influenciam a qualidade do sono/repouso de cada pessoa são transversais aos das pessoas em estado crítico, internadas nas UO. Neste sentido, na prestação de cuidados direta à pessoa em UO, procurámos sempre ao máximo identificar os fatores que afetam o sono, de forma a planear cuidados e estratégias, proporcionando as condições adequadas (revistas na literatura) para a promoção do sono/repouso, uma vez que este é essencial na recuperação da pessoa em estado crítico, devendo, por isso, ser preservado e estimulado. Constámos também que a partilha das evidências e de experiências, mesmo que feita de forma informal com os colegas no serviço, permitiu a mudança de comportamentos (Guimarães, 2000). Desta forma, **incorporámos na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências**, bem como **tomámos decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas**. Podemos ainda afirmar que **liderámos equipas de prestação de cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica** na medida em que liderar “É a habilidade de influenciar pessoas para trabalharem entusiasticamente visando atingir aos objetivos identificados como sendo para o bem comum.” (Hunter, 2004, p.25).

Por último, de forma a aprofundarmos conhecimentos e a desenvolvermos competências no estabelecimento de prioridades de atuação que antecipem/corrijam focos de instabilidade/problemas das pessoas que são admitidas no SU em situação crítica, definimos como objetivo específico:

- Prestar cuidados especializados à pessoa admitida na sala de reanimação e na sala de trauma do SU.

Relacionado com esta admissão de pessoas na SR e ST, estão também a implementação das **Vias Verdes** (VV) que permitem identificar situações de risco e assim intervir de forma mais específica e direcionada para o problema identificado, criando mecanismos facilitadores de transferência atempada das pessoas para uma unidade mais diferenciada. Em Portugal em

2009, 7558 pessoas morreram por doença coronária (Nichols *et al*, 2012). Dados mais recentes referem que em 2010, foram admitidos 1394 pessoas na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital de Santa Marta, EPE (CNDCV, 2011). Estes dados ressaltam a importância da detecção precoce, para uma intervenção adequada, objetivo da criação da Via Verde Coronária. Neste âmbito, pudemos observar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com critérios para aplicação da VV Coronária, nomeadamente após suspeita, transportámo-la para realizar eletrocardiograma e seguidamente para a sala de reanimação. Uma vez nesta, monitorizámos electrocardiograficamente, colocámos oxigénio, colhemos sangue para análises e iniciamos a terapêutica recomendada. Todas estas intervenções tiveram como objetivo, primeiramente confirmar a suspeita de EAM, seguidamente, estabilizar a pessoa o suficiente para que pudesse ser transferida para a UCI Coronários do HSM.

Colaborámos na prestação de cuidados interdependentes e autónomos à pessoa em estado crítico no **transporte intra e inter-hospitalar**, tendo-nos permitido compreender a relevância na programação do transporte, na seleção dos meios (de transporte, de monitorização, de atuação) e dos intervenientes (médico, enfermeiro e assistente operacional), planeamento este que é da responsabilidade do médico e do enfermeiro. A crescente necessidade do transporte de pessoas em estados agudos e críticos, quer seja para fins de ascensão terapêutica ou para fins de diagnóstico e cirurgia, traduziu-se numa maior preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). De forma a compreendermos as implicações da transferência de uma pessoa em estado crítico, procedemos à leitura do documento “Procedimento multissetorial – transferência de doentes em estado crítico”.

Durante o estágio não tivemos oportunidade de observar e por conseguinte, colaborar, com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com critérios para aplicação da **VV Acidente Vascular Cerebral**, por não ter sucedido nenhum caso. No entanto, na pesquisa bibliográfica efetuada, compreendemos que o fator tempo (início de sintomas – diagnóstico/tratamento) é fundamental na diminuição da mortalidade (Fortuna *et al*, 2012). Só em Portugal, em 2010, cerca de 14715 pessoas foram admitidas em meio hospitalar com diagnóstico de AVC agudo. Destas, cerca de 26% entraram pela VV (CNDCV, 2011). Ao nível da Unidade Cerebrovascular do HSJ, em 2011, foram admitidos cerca de 41% das 411 situações de VVAVC ativadas pelo INEM, mais 42 pessoas por VV intra-hospitalar e 49 pessoas por extra-hospitalar, sendo o principal diagnóstico o AVC isquémico (79%).

Relativamente à **VV Sepsis**, esta encontrava-se em implementação no SU, sendo que tivemos oportunidade de assistir a uma ação de formação realizada por um grupo de enfermeiros do SU, em colaboração com os médicos, com o objetivo de dar a conhecer aos restantes enfermeiros do SU a implementação da VVS, quais os critérios que a pessoa deve apresentar para esta ser ativada (sinais de infeção+ sinais de resposta inflamatória sistémica+ ausência de critérios de exclusão) bem como o circuito decorrente. Foi ainda possível, durante a formação,

simular a triagem de uma pessoa admitida no SU, ativando a VVS. Esta simulação permitiu-nos compreender a aplicação da VVS ao nível do sistema informático e do STM. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu-nos consolidar conhecimentos e compreender a importância da sua implementação, uma vez que em Portugal, das pessoas internadas com diagnóstico de sépsis adquirida na comunidade, cerca de 38% levam à morte, sendo que o choque séptico atinge cerca de 51% destes casos (Póvoa *et al*, 2009).

Uma vez na SR e ST tivemos necessidade de compreender a sua organização, quais os recursos materiais necessários bem como a importância da sua manutenção para uma atuação eficaz à pessoa, pelo que colaborámos na preparação destas, realizando as várias *checklist* existentes («teste ao desfibrilhador»; «teste ao ventilador»; verificação material do carro de urgência bem como do selo»; verificação material Sala 1 e Sala 2 de reanimação e trauma»; «verificação do material cirúrgico»; verificação das malas de emergência).

Nestas salas trabalhamos em equipa e desenvolvemos um percurso gradual uma vez que começamos inicialmente por observar a equipa multidisciplinar, passando a colaborar ativamente e interventivamente no acolhimento da pessoa em estado crítico, à medida que nos íamos sentindo integradas. Pudemos colaborar na admissão de pessoas que necessitavam de intervenções imediatas, com risco de vida ou compromisso de funções vitais, ou vítimas de trauma. A abordagem à pessoa em situação emergente, requereu da nossa parte perspicácia, rapidez e capacidade para priorizar intervenções, bem como a capacidade para identificar alterações no estado atual da pessoa, estabelecendo intervenções direcionadas para a sua recuperação. Conhecer a cinemática do trauma e desenvolver uma abordagem à pessoa tendo esta em consideração, mostrou-se crucial. A avaliação primária e secundária usando o método ABCDE proporcionou-nos o desenvolvimento de uma abordagem à pessoa de forma organizada e sequenciada, fazendo o exame o mais rápido possível, detetando as lesões que pudessem colocar a vida da pessoa em perigo imediato e atuando à medida que essas lesões iam sendo detetadas, a par com a identificação de potenciais focos de instabilidade, permitindo-nos detetar e antecipar situações limite. Pudemos prestar cuidados à pessoa vítima de queda da própria altura, queda superiores a cinco metros, tentativa de suicídio, vítima de atropelamento, vítima de acidente de viação, vítima de arma de fogo, atropelamento por comboio, entre outros. Todas estas situações requereram o estabelecimento de estratégias e planeamento de cuidados. A deteção precoce de alterações eletrocardiográficas também foi um aspeto que valorizámos e sobre o qual procurámos deter conhecimentos realizando pesquisa bibliográfica e revendo o lecionado no período teórico. Procurámos situações que nos permitissem transpor os conhecimentos teóricos adquiridos, para a prática, para uma intervenção atempada e posterior correção de alterações eletrocardiográficas. Desta forma identificámos precocemente sinais de agravamento/alerta e articulação/prevenção do agravamento e **demonstrámos capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas**. Através destas atividades realizamos a gestão dos cuidados, bem como abordamos questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa cuidada e família. Após a estabilização da pessoa, demonstrámos preocupação em realizar os

registros a nível informático relativos ao exame primário e secundário, permitindo a continuidade dos cuidados. Desta forma **desenvolvemos uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa** e adequámos o planeamento de cuidados à especificidade de cada situação e suas co-morbilidades, antecipando/corrigindo focos de instabilidade.

Tivemos oportunidade de consolidar os conhecimentos adquiridos na UCI, prestando cuidados específicos à pessoa com necessidade de **VMI** ou **VNI**, e interpretar valores analíticos e gasométricos. Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, tivemos o cuidado de verificar o nível do tubo orotraqueal (TOT), a colocação do fio de nastro, a insuflação do *cuff*, os cuidados na remoção accidental do TOT, a aspiração de secreções sempre que necessário, a avaliação do nível de consciência, bem como o posicionamento da pessoa, proporcionando-lhe conforto. Relativamente à pessoa com **VNI**, demos especial atenção à colocação da máscara e à verificando da não existência de fugas. Permeabilizámos a via aérea controlando a aspiração de vômito e secreções, e otimizamos a ventilação da pessoa através do aperfeiçoamento de competências na manipulação dos diferentes tipos de ventilação e modos ventilatórios.

No que toca aos cuidados específicos às pessoas com descompensação hidroeletrólítica, pudemos por diversas vezes prestar cuidados a estas, desenvolvendo intervenções de enfermagem e colaborando com a equipa médica. Pudemos também colaborar na colocação de dispositivos invasivos intravasculares para avaliação e administração de terapêutica de urgência/emergência, bem como na colocação de drenagens torácicas tendo em conta a prevenção das infeções associadas aos cuidados, bem como o bem-estar e conforto da pessoa, fornecendo informação e suporte emocional à pessoa cuidada (conforto psicoespiritual) e posicionando-a (conforto físico).

Estabelecemos como prioritário a prestação de **cuidados de qualidade**, pois “a qualidade dos serviços oferecidos à população depende em primeiro lugar, do empenhamento pessoal dos profissionais” (Hesbeen, 2001, p.10). Sendo a qualidade em saúde cada vez mais um assunto de interesse e uma necessidade intrínseca às próprias Instituições de Saúde. Esta não tem uma definição clara, pois “a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva” (Hesbeen, 2001, p.155). A qualidade dos cuidados de saúde depende das necessidades pessoais das pessoas cuidadas, das suas experiências prévias, das experiências dos outros e da comunicação externa dos serviços de saúde, podendo variar de pessoa para pessoa e, para a mesma pessoa, de situação para situação (Mezono, 2001). É portanto, de suma importância para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, atendendo às necessidades e expectativas das pessoas/famílias.

Por forma promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde, o CHLC definiu diversos indicadores de qualidade, que são eles: “satisfação dos utentes; “incidência de erros relacionados com a administração de terapêutica”; “incidência de infecção relacionada com cateteres centrais” e com “cateteres vesicais”; “incidência de úlceras por pressão” (Escala de Braden); “incidência de quedas dos doentes” (Escala de Morse); e o “registo da Dor como

5º sinal vital” (Centro Hospitalar de Lisboa Central, p.2). Das pessoas internadas nas UO, aplicámos por diversas vezes a Escala de Braden e a Escala de Morse, desenvolvendo intervenções para prevenção do aparecimento de úlceras por pressão (posicionamentos, massagem para ativação da circulação com creme hidratante), do surgimento de quedas (colocação de grades nas camas, ajudar as pessoas a deitarem-se e a levantarem-se consoante as necessidades), e de prevenção de infeções associadas aos cuidados (utilização das precauções básicas, limpeza das vias aéreas, algáliação, manipulação de cateteres, etc.) contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas. Outro dos cuidados demonstrados e, já referido no estágio anterior, foi na aspiração de secreções às pessoas com TOT.

Tanto na UCI como no SU, procurámos assegurar cuidados especializados à pessoa, compreendendo a importância da observação e da deteção precoce de problemas/necessidades, observando a sua reação fisiológica ao problema e assim planeando a intervenção mais adequada. A monitorização constante e rigorosa da pessoa permitiu intervir de imediato para corrigir ou para antecipar focos de instabilidade de maior gravidade, no sentido de garantir a segurança da pessoa e a excelência dos cuidados prestados. Neste sentido colaborámos na colocação e manutenção de linhas arteriais, de cateteres venosos centrais, de traqueostomias, drenos abdominais e de drenagens torácicas, e de pensos cirúrgicos, tendo sempre em conta a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Pudemos integrar na prática as competências transversais aos cuidados à pessoa, mobilizando os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas no estágio da UCI, e consolidando-os no estágio aqui descrito.

2.3. MÓDULO III – OPCIONAL

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do Algarve surgiu em dezembro de 2007 por iniciativa da Administração Regional de Saúde do Algarve, como uma iniciativa pioneira nos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta equipa foi constituída segundo as orientações da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e possui um espaço físico que permite a coordenação e estruturação da sua atividade. Sedeada no Centro de Saúde de Tavira, pertence ao ACES III do Sotavento Algarvio, Unidade de Cuidados Continuados Talabriga. A equipa possui ainda um telemóvel próprio bem como um automóvel para se deslocar. O enquadramento legal é feito pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, apesar de atualmente se encontrar em reestruturação para dar cumprimento à Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos).

A ECSCP é atualmente constituída por uma equipa multidisciplinar (três médicos, um técnico de serviço social e uma psicóloga a tempo parcial; dois enfermeiros a tempo inteiro e um

enfermeiro a tempo parcial e uma administrativa a tempo inteiro). Relativamente ao método de trabalho em vigor, este está relacionado com a própria dinâmica da equipa, uma vez que se trata de uma equipa de cuidados paliativos ao domicílio. Esta equipa trabalha de acordo com uma abordagem interdisciplinar e multidisciplinar, em que médico e enfermeiro se complementam, para atingirem um objetivo comum, essencial na assistência à pessoa em fase terminal, e à sua família.

Esta equipa presta cuidados diferenciados e especializados em articulação com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados dos diferentes concelhos da área de abrangência dando-lhes apoio de forma direta, ao assumir os cuidados às pessoas com doença oncológica mais complexas, ou na forma de consultadoria clínica, tendo ainda a função de dar formação específica às equipas da rede. A sua ação encontra-se em articulação com outros recursos hospitalares e assume como zonas de referência os concelhos pertencentes ao ACES III. Os cuidados paliativos prestados baseiam-se nos critérios admitidos pelo Programa Nacional de Cuidados Paliativos e é considerada uma equipa que presta Cuidados Paliativos de Nível I (Portal da Saúde, 2010). Exerce atividade todos os dias do ano, de segunda-feira a domingo, incluindo feriados.

O período de acompanhamento domiciliário vai desde a admissão das pessoas e seus familiares/cuidador informal, estendendo-se até ao período de luto. A ECSCP tem uma capacidade para 15 pessoas, sendo que a admissão dá cumprimento aos critérios do PNCP (Portal da Saúde, 2010), bem como as prioridades de resposta. Diariamente, a equipa atribuiu prioridade na visita domiciliária se existir descontrolo sintomático, situações clínicas complexas e situações de últimos dias, caso contrário as visitas realizam-se periodicamente. Quando não é possível realizá-las, é feito contacto telefónico para perceção das necessidades e estabelecimento de prioridades. Esta caracterização é complementada pelo «Manual de Integração» na ECSCP desenvolvido durante o estágio e que permitirá a integração de novos elementos na equipa (APÊNDICE IV).

O cuidar da pessoa em fase terminal requer quatro vertentes, nomeadamente o controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família; e o trabalho em equipa; sempre com o objetivo central de prevenir e aliviar o sofrimento, proporcionando a máxima qualidade de vida possível, tanto à pessoa cuidada como ao prestador de cuidados informal (Tycross, 2003; Portal da Saúde, 2010). Baseámos o decorrer do estágio que a seguir iremos descrever e analisar no proporcionar de conforto e bem-estar à pessoa e à família, bem como uma morte digna, mantendo o seguimento da teoria de Kolcaba e de Watson e integrando as quatro vertentes do cuidar a pessoa em fase terminal.

De acordo com o projeto, o objetivo geral que pretendíamos atingir era:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em cuidados paliativos e família/cuidador informal, no domicílio.

Como objetivos específicos delineámos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família/cuidador informal, no contexto dos cuidados paliativos domiciliários;

Na **integração na ECSCP**, demos especial atenção à dinâmica erigida entre a equipa multidisciplinar e a pessoa/cuidador informal, colaborando sempre com o enfermeiro e o médico aquando das visitas domiciliárias, bem como estabelecendo uma relação de interajuda, gerindo os cuidados prestados e priorizando intervenções. Entendemos o cuidador informal/cuidador como sendo o prestador de cuidados diretos à pessoa, que detém a responsabilidade de forma permanente, não é remunerado e que pode ou não ser familiar (García-Calvente, Mateo-Rodríguez e Eguiguren, 2004), ou seja, será aquele que detém a função primordial na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, uma vez que será este a acompanhar a pessoa cuidada ao longo das 24 horas. Colaborámos não só na capacitação e no reforço das competências do cuidador para a prestação de cuidados e para lidar com situações na ausência da equipa, bem como prestámos apoio psicológico e emocional. O cuidador informal também é, ele próprio, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer no luto (Manchola, 2007). Para que este possa compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos necessários que a doença e a pessoa cuidada determinam, este necessita de receber apoio, informação e educação (Portal da Saúde, 2010). O acompanhamento da pessoa em fim de vida, durante um longo período de tempo, é muito desgastante para o cuidador, uma vez que a sua vida é centrada, exclusivamente, nesse cuidar (Spichiger, 2009). Assim sendo, estivemos alerta e utilizámos estratégias para prevenir, sempre que nos foi possível, situações de exaustão do cuidador. No entanto, quando essa prevenção não era eficaz e detetávamos situações que nos indicavam que o cuidador estaria em *burnout*, proporcionávamos a oportunidade de, havendo vaga, a pessoa cuidada ser transferida para uma unidade hospitalar, para seu descanso. Estas decisões eram discutidas e tomadas em equipa, integrando a pessoa cuidada e o cuidador informal na tomada de decisão. Numa situação particular de uma pessoa cuidada querer ser transferida para uma unidade hospitalar, e o cuidador não querer, reforçamos a ideia de que a decisão da pessoa cuidada prevalece sobre a do cuidador. Desta forma promovemos a proteção dos direitos humanos e o direito da pessoa na tomada de decisão.

As atividades anteriormente descritas e analisadas permitiram-nos a caracterização da ECSCP, bem como a elaboração do «**Manual de Integração**» (APÊNDICE IV), o que nos permitiu de forma indireta, **colaborar na integração de novos profissionais**. Estas atividades tornam-se essenciais para poder perceber a organização e a dinâmica de funcionamento da equipa, bem como as atividades desenvolvidas de forma programada, a sua frequência e regularidade e entender as funções previstas para cada profissional, tendo-nos permitido **manter, de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e**

profissional e o desenvolvimento de competências na **capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Inicialmente começamos por ter um papel mais de observação, uma vez que todas estas pessoas se encontram numa situação particular com elevados níveis de ansiedade e stresse, bem como o seu cuidador informal. Sendo que uma abordagem mal gerida poderia comprometer a relação enfermeiro-pessoa e enfermeiro-cuidador. A observação da utilização das **técnicas de comunicação**, bem como a **reflexão ocorrida na e sobre a prática**, de forma crítica, depois da visita domiciliária, permitiu-nos compreender a complexidade e a necessidade de treino para aperfeiçoar estas perícias, bem como compreender melhor e interiorizar determinados aspetos importantes na comunicação com a pessoa e o cuidador informal. Esta reflexão na e sobre a ação permite o desenvolvimento do profissional (Schön, 1983) e a aprendizagem (Abreu, 2007). A realização de reflexões e análise, de situações da prática, permitiram-nos **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.**

Com o decorrer do estágio o nosso papel foi-se tornando mais proactivo e interativo, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos sobre **técnicas de comunicação** no relacionamento com a pessoa e o cuidador informal, por forma a identificar as necessidades de conforto e tendo sempre em conta o relacionamento enfermeiro-pessoa cuidada de forma terapêutica, respeitando as suas crenças e cultura. Como fundamento, baseámo-nos na perspetiva de Querido, Salazar e Neto (2010), uma vez que estes autores defendem que na base de uma comunicação eficaz, está o desenvolvimento de competências básicas, nomeadamente o desenvolvimento da escuta ativa, da compreensão empática e do *feedback*. Para além deste autor, recorreremos a outros autores para fundamentar as nossas ações.

A escuta ativa foi essencial pois escutar todas as palavras, todos os movimentos, todos os gestos e percepções (Lazure, 1994), todas as «deixas» (Gask, 2000), permitiu-nos identificarmos as necessidades reais da pessoa cuidada. Usando algumas das técnicas sugeridas por Twycross (2003) pudemos escutar ativamente, nomeadamente: acenar com a cabeça, repetir as últimas palavras da pessoa se esta parar a meio, explorar pistas, devolver questões, perguntar sobre sentimentos, validar sentimentos, verificar se compreendemos os problemas da pessoa, priorizar os problemas, observar a linguagem corporal e ponderar pistas não-verbais. Ao mesmo tempo, utilizamos o *feedback* como estratégia para nos permitir perceber o que foi apreendido, controlando a eficácia da comunicação, de modo a sintetizar conteúdos e evitar falsas conclusões (Gask, 2000; Querido, Salazar e Neto, 2010). Relativamente à compreensão empática, esta implicou identificar a emoção que a pessoa ou o cuidador informal estavam a sentir, e demonstrar-lhes que compreendíamos a sua situação (Watson, 1985; Gask, 2000; Querido, Salazar e Neto, 2010). No entanto tivemos que, ao mesmo tempo nos abstrair desses sentimentos, estando bem conscientes que se trata do

problema “do outro” e não nosso, impedindo assim que algumas reações pudessem criar impacto negativo (Gask, 2000).

Perante uma pessoa em fase terminal, promovemos o respeito pelo direito no acesso à informação e respeitámos sempre o seu desejo de informação, abordando-a quando esta assim o desejava, mas tendo sempre em conta que, para estas pessoas, cada minuto conta e cada oportunidade é única (Kübler-Ross, 1996).

Relativamente à **comunicação com o cuidador informal**, intervenção fundamental de enfermagem que permite ao cuidador informal compreender a situação de saúde da pessoa cuidada e enfrentá-la com serenidade (Phaneuf, 2005), pudemos desenvolver capacidades e perícias, enfrentando o “medo” e o constrangimento da morte. O cuidar em enfermagem tem por base a satisfação das necessidades da pessoa e do cuidador informal, proporcionando-lhes bem-estar e qualidade de vida (Parracho, Silva e Pisco, 2005). Numa situação particular ocorrida em contexto de trabalho, de um cuidador que se demonstrava agressivo e revoltado, e cuja equipa de enfermagem respondia a essa agressividade com agressividade, procurámos instituir na equipa a ideia de que a revolta do cuidador não é contra a equipa, mas pela situação de doença em si. Que o devemos respeitar e que nos devemos abstrair de fazer juízos de valor, pois cada pessoa tem uma história e uma vida para contar. Outra situação com que nos deparámos prendeu-se com o proporcionar um ambiente mais propício à fase final da pessoa, situação que foi prontamente resolvida, uma vez que colocámos a pessoa num quarto privado, proporcionando-lhe privacidade, dignidade e conforto, e que permitimos a permanência de todos os familiares que quisessem estar presentes nesta última fase. Desta forma gerimos na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que poderiam comprometer a privacidade ou dignidade da pessoa e seus familiares.

Todas as situações surgidas em contexto de estágio permitiram-nos aprofundar conhecimentos, desenvolver competências na comunicação, proporcionando à pessoa e ao cuidador informal uma comunicação eficaz, bem como tomamos decisões orientadas pelo Código Deontológico (Lei n.º111/2009 de 16 de setembro, Artigo 78.º). Desta forma, **demonstrámos um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.**

Realizamos durante o estágio uma **sessão de formação** no contexto do local de trabalho sobre «Comunicar em Cuidados Paliativos» (APÊNDICE V), uma vez que esta foi uma **necessidade formativa que identificámos** e que foi referida por alguns colegas de trabalho, indo de encontro com Honoré (2002). A sessão teve uma adesão de 87,5% de enfermeiros licenciados e 12,5% de enfermeiros especialistas (num total de 16), após a qual foi realizada uma avaliação que permitiu identificar as necessidades formativas na área de especialização, compreendendo a sua importância e pertinência. O tema do trabalho apresentado teve a duração de 20 minutos e centrou-se na dificuldade em comunicar com as pessoas em cuidados paliativos e a sua família/cuidador. Foram abordadas algumas das competências básicas usadas na comunicação, a importância de comunicar “com base na agenda do doente, isto é,

de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas” (p.464) e a importância de averiguar a necessidade de informação, equacionando a verdade e adequando-a à capacidade que a pessoa tem de a interiorizar e incorporar na experiência de vida (Querido, Salazar e Neto, 2010), ocultando aquela informação que poderá naquele momento ser-lhe prejudicial (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No entanto, a comunicação em cuidados paliativos é uma área muito abrangente, sendo que apenas foi abordada na formação uma pequena parte, fazendo a ponte com algumas das situações vivenciadas na prática. Foi também fornecido um dossiê para consulta, com a sessão de formação, bem como toda a informação considerada pertinente acerca do tema desenvolvido, **promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas de trabalho.**

A **formação** permite que se dê o solidificar e aprofundar de conhecimentos, um desenvolver ou atualizar de competências, permitindo-nos “alargar horizontes e [...] ir ao encontro do beneficiário dos cuidados e de caminhar com ele [...]” (Hesbeen, 2000, p.139). Corroborando o defendido por Vieira (2007), compete ao enfermeiro especialista colaborar na formação em serviço ao nível da prestação de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento e o aprofundar de conhecimentos. Esta formação permitiu-nos ajudar os colegas enfermeiros a «despertar» para a importância da comunicação com as pessoas em cuidados paliativos e suas famílias (Hesbeen, 2000), **promovendo a formação em serviço na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica.** Assim **formulámos e analisámos questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Como **formadoras**, e no âmbito da prevenção, salientamos também o facto de termos realizado, sempre que oportuno, ensinamentos à pessoa e ao cuidador informal sobre diversos aspetos importantes para o conforto da pessoa cuidada, nomeadamente: prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; administração de terapêutica nas várias vias existentes; medidas de adaptação do ambiente às necessidades e capacidades da pessoa cuidada; manutenção e utilização de ajudas técnicas. Desta forma, tentámos sempre corresponder às necessidades da pessoa, propiciando e delegando tarefas ao cuidador informal, satisfazendo a sua necessidade psicoespiritual e o sentimento de utilidade (Soares, 2007).

Relativamente à utilização da **hipodermóclise**, esta atividade não nos foi possível desenvolver uma vez que não ocorreram situações em que esta técnica fosse recomendada. Todavia pudemos esclarecer um cuidador informal sobre a hidratação e alimentação da pessoa cuidada que se encontrava em fase agónica, fundamentando com base na pesquisa bibliográfica previamente efetuada. O comer e o beber são atividades diárias e necessidades fisiológicas, com grande impacto a nível social, vistas pelo cuidador informal como mais do que um tratamento, como um proporcionar de conforto e de cuidado (Riet *et al*, 2008). Pudemos verificar durante o estágio que quando numa pessoa em fase terminal existe a inviabilidade da via oral, e o cuidador informal se vê privado de lhe poder fornecer comida e água, este

apresenta-se angustiado e ansioso, associando-o à contribuição para a deterioração da pessoa, sendo frequente a indagação sobre a colocação de uma sonda nasogástrica ou de soro fisiológico em perfusão (Riet *et al*, 2008). Nestes casos foi explicado ao cuidador informal que a necessidade da pessoa em se alimentar diminui com a progressão da doença, pois a falência progressiva de órgãos causa dificuldade na digestão e absorção dos alimentos (Querido e Guarda, 2010). Outra ideia instituída na sociedade é o “morrer de sede”. Esta deve ser desmistificada, sendo que uma pessoa em fase terminal necessita de baixos volumes de água para manter uma hidratação adequada (Querido e Guarda, 2010). Para além deste fator, as queixas das pessoas relativamente à sensação de sede e de boca seca, durante o estágio, eram frequentes, sendo que essas queixas foram aliviadas através dos cuidados à boca e através da administração de pequenas quantidades de líquido (Riet *et al*, 2008; Querido e Guarda, 2010). Para a hidratação em cuidados paliativos, e como método menos invasivo e com menos complicações, está recomendado o uso da via subcutânea (hipodermóclise), bem como para a administração de fármacos (em *bólus* ou administração contínua). Segundo diversos autores, esta via possui vantagens, entre as quais destacamos a de ser menos traumática para a pessoa cuidada e menos invasiva podendo ser realizada no domicílio, e a de ser mais fácil de colocar e manusear possibilitando que o cuidador informal participe nos cuidados à pessoa após o ensino de administração da terapêutica (Neto, 2008; Querido e Guarda, 2010). Para a administração de terapêutica em *bólus* desenvolvemos competência técnica na colocação de cateter subcutâneo, e relacional, na medida em que íamos ao mesmo tempo proporcionando ensinamentos tanto à pessoa, como ao cuidador.

Desta forma, através dos ensinamentos referidos, através da partilha de dúvidas, de experiências e de pesquisas com a ECSCP, e através da formação, **comunicámos os resultados da prática clínica a audiências especializadas e comunicámos aspetos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros como ao público em geral.**

Importa igualmente referir que, o facto de estarmos a tirar um curso de especialização, numa área que se coaduna com o contexto do exercício profissional, se tornou uma mais-valia na medida em que, por diversas vezes fomos abordados pelos colegas no local de trabalho e por enfermeiros nos locais de estágio, para o esclarecimento de dúvidas, bem como para a partilha de experiências e de opiniões, por conseguinte poder-se-á afirmar que fomos vistos como uma referência a nível profissional e que desempenhámos o papel de consultor. O nosso papel neste âmbito, prendeu-se com o que se conjuga com a supervisão de cuidados, na medida em que ao sermos abordados, permitimos que os colegas e enfermeiros expusessem as dúvidas com que se deparavam, encorajando-os na procura de soluções que fosse de encontro às necessidades de cuidados das pessoas e da família, assumindo assim uma prática crítico-reflexiva, ou seja, escutando e retirando dúvidas e por último ajudando-os a compreender os prós e os contras de determinado resultado, indo de encontro a Simões e Garrido (2007). Desta forma, utilizando um estilo de supervisão, desenvolvemos a nossa capacidade de **liderar equipas na prestação de cuidados.**

Dentro da área da formação, tivemos oportunidade de assistir e participar em duas sessões sobre **Coaching de Equipas**, no início do estágio, num total de seis horas (ANEXO II). Esta formação teve o objetivo de promover o sentimento de pertença e melhorar a comunicação entre os elementos da equipa. Desta formação fizeram parte todos os elementos da ECSCP bem como os elementos da UCC. *Coaching* é uma ferramenta que tem como objetivo melhorar o desempenho, sendo também um instrumento que revela o potencial das pessoas de forma a maximizar as suas capacidades e competências, e a produzir mudança. Este processo caracteriza-se por apresentar quatro fases: sensibilização, capacitação, consolidação e conclusão (Cardoso, 2006). Estas duas sessões tornaram-se importantes uma vez que nos permitiram, não só integrarmo-nos melhor na equipa e sentirmo-nos acolhidos por todos, como também proporcionaram estratégias que poderemos usar futuramente. Permitiram-nos ainda compreender a necessidade da existência de coesão e entendimento entre a equipa, sendo a comunicação fundamental.

A **Relação de Ajuda**, utilizando a perspetiva de Lazure (1994), permitiu-nos organizar e prestar cuidados, sendo que para a desenvolver necessitámos de aperfeiçoar e desenvolver determinadas características, nomeadamente: sermos capazes de clarificar e de ajudar a pessoa/cuidador na clarificação (esta permite que o enfermeiro ajude a pessoa/cuidador a tornar o pensamento mais concreto e a precisá-lo); de nos respeitarmos e de respeitar (esta permite que o enfermeiro acredite em ele próprio e na pessoa/cuidador como ser único, e que como tal, este é o único capaz de decidir o que é melhor para ele próprio); de sermos congruentes connosco e com a pessoa/cuidador (está relacionada com a congruência que deve existir entre o que se vive interiormente, a consciência que se tem daquilo que se viveu e a expressão dessa vivência através do comportamento); de sermos empáticas connosco e com a pessoa/cuidador; e de nos confrontarmos e confrontar os outros (tem a sua origem na empatia e no respeito e tem como finalidade incitar a pessoa/cuidador a explorar diferentes dimensões e conseqüências do seu comportamento) (Lazure, 1994). A RA estabelecida teve o objetivo de impulsionar a pessoa cuidada e o cuidador a alcançarem ou manterem um nível ótimo de saúde, uma vez que estes são os únicos detentores dos recursos necessários para “resolver” o problema de saúde (Lazure, 1994). Por forma a integrar estes conhecimentos de forma concreta e estruturada, foram realizadas reflexões sobre algumas das situações vivenciadas em estágio, e que fazem parte do Portfólio realizado durante os estágios.

De maneira a compreender as **necessidades da pessoa com doença oncológica**, a sua hierarquização e especificidade, realizamos pesquisa bibliográfica, e elaborámos uma «Ficha de Leitura» que foi posteriormente partilhada em formato de papel com a equipa, e que procurámos integrar na nossa prática (APÊNDICE VI). O termo “necessidade” pode ser definido como “a exigência de alguma ação ou recurso necessário, desejável ou útil, para alcançar o bem-estar” (Sanson-Fisher *et al*, 2000). Desta forma e, fazendo a ponte com a teoria de Kolcaba (1991), as pessoas em fase terminal possuem determinadas necessidades que podem ser agrupadas em cinco níveis da hierarquia, que são elas: sintomas aflitivos, tais como dor,

dispneia; o medo relativamente à segurança física, medo de morrer ou medo do abandono; amor, carinho e aceitação face à doença; estima, respeito e apreço pela pessoa; auto-realização e o transcendente (Zalenski, 2006). Desta forma, tivemos a preocupação de, durante o estágio, responder às necessidades de conforto psicoespiritual (promovendo a autonomia e a autoestima, respondendo à angústia espiritual), sociocultural (pelo proporcionar de condições possíveis e estimular ao desenvolvimento de atividades de lazer), ambiental (pelo adequar do ambiente às capacidades e limitações da pessoa cuidada) e as necessidades de conforto fisiológico (através do controlo sintomático) (Kolcaba, 1991). Tentámos sempre demonstrar à pessoa cuidada que mesmo em situação de doença terminal, cada pessoa deve procurar realizar aquilo que lhe dá prazer, e deve ter a possibilidade de ter acesso, no seu dia-a-dia, às suas «pequenas coisas», pois quando a cura já não é possível, Hesbeen (2000, p.47) refere:

“Quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas.”

Assim sendo, a valorização da utilidade das pequenas coisas para dar sentido à vida, para alimentar a esperança, é a prova da grande atenção e respeito que os profissionais de enfermagem dispensam àqueles com quem cuidam (Hesbeen, 2000), permitindo-lhes desenvolver as suas forças e capacidades interiores (Watson, 1985) e lidar com a doença (Clarke, 2007). Porque muitas vezes, mais importante do que qualquer técnica ou medicamento, é imprescindível proporcionar à pessoa aquelas «pequenas coisas», que certamente irão ter repercussões positivas na sua saúde e bem-estar. Mais do que com a vida, a enfermagem deve preocupar-se com a qualidade de vida, percebida na perspetiva da pessoa, sendo que a enfermagem deve facultar à pessoa um encontro consigo própria e com aquilo que para si é importante (Kübler-Ross, 1996). Desta forma, tentámos sempre prestar cuidados que fossem de encontro às necessidades da pessoa procurando garantir qualidade de vida, controlando a dor e outros sintomas; aliviando problemas físicos, reduzindo a angústia psicológica, social, e espiritual; promovendo a autonomia e independência funcional através: da identificação de necessidades, potencialidades, recursos e limitações; do desenvolvimento de um plano de cuidados; do fornecimento de ajudas técnicas necessárias à promoção de autonomia (ex.: cama articulada, cadeira sanitária, etc.), ajudando a pessoa a restaurar um senso de integridade (Ferrell e Coule, 2008). Procurámos também conhecer as crenças e sentimentos vivenciados pela pessoa, incentivando e instaurando-lhe fé e esperança, incentivando a mudança de comportamento e o bem-estar, indo de encontro à teoria de Watson (1985). Desta forma, **demonstramos consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e família/cuidador informal, especialmente na área de especialização.**

O desenvolvimento de competências necessárias para o estabelecimento de uma relação de ajuda é algo que é essencial na prática de enfermagem, sendo “indissociável das intervenções

de enfermagem de qualidade.” (Lazure, 1994, p.197). Relacionado com a relação de ajuda, está o desenvolvimento de uma comunicação eficaz e cumulativamente, a identificação das necessidades de conforto da pessoa, e a sua satisfação.

Relativamente à satisfação da necessidade de conforto físico, salientamos a importância do **controlo sintomático** para o bem-estar da pessoa e para a sua qualidade de vida. Compreendemos que a qualidade de vida é definida como a perceção que a pessoa tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994; Twycross, 2003). De forma a propiciar este bem-estar e a controlar o sintoma, procurámos sempre tentar perceber a sua causa, qual o mecanismo patológico subjacente e qual o possível tratamento para a pessoa que fosse mais confortável e menos agressivo, sempre em colaboração com o médico (Twycross, 2003). Ainda segundo Watson (1985), a instilação da fé-esperança permite à pessoa o alívio dos sintomas da doença e permite que esta aceite e se empenhe na mudança de comportamentos e favoreça o bem-estar.

A tomada de decisão em enfermagem para a autonomia, implica uma identificação de necessidades em termos de cuidados de enfermagem, o planeamento e a prescrição das intervenções de enfermagem. Desta forma **tomámos decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas**, uma vez que perante a pessoa, foram adotadas medidas que nos permitiram identificar as suas necessidades de cuidados, prescrevendo as intervenções com base em fundamentação científica e tendo em conta a individualidade da pessoa. A prestação de cuidados de **conforto** à pessoa, tendo em conta as teóricas já referidas, foi sempre uma das preocupações que tivemos presente, bem como a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor. Considerámos a importância da dor como necessidade fisiológica essencial para a integridade da pessoa, e que deve ser controlada e encarada como “uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2008, p.2). Após este controlo, por vezes surgem outros sintomas, que não estavam tão marcados e que estavam encobertos. Tentámos compreender como era a dor, a sua localização, o nível de dor, em que altura do dia esta era mais evidente e quais as medidas adotadas pela pessoa cuidada/cuidador informal para a combater. Aplicámos intervenções à pessoa que possibilitaram o alívio do desconforto, do stresse e da ansiedade, do sofrimento físico e psicológico e da dor, tanto ao nível farmacológico (ansiolíticos/ sedativos/ analgésicos prescritos pela equipa médica e adjuvantes) em colaboração com a equipa médica, quer ao nível não farmacológico (fornecer informação, a utilização do humor, da distração, a utilização de movimentos no alívio da dor associada à inatividade, o posicionamento, o massajar, o suporte emocional promovendo a tranquilidade física e o bem-estar corporal). Relativamente a todas as técnicas referidas, temos a salientar a utilização do humor pois este possibilita “reduzir o sofrimento infligido por técnicas e procedimentos, confortar, relaxar, aliviar a dor substituindo comprimidos” (José, 2008, p.116)

no entanto, os cuidados de enfermagem usando o humor devem atender “à unicidade pessoal e à imprescindibilidade de saber escutar” (José, 2008, p.116). Ainda dentro do conforto e sendo o registo da **dor** um **indicador de qualidade**, demos sempre prioridade ao cumprimento das recomendações da Ordem dos Enfermeiros, no que toca à avaliação da dor, acordo com a dinâmica do serviço, de forma regular e sistemática, adequando os instrumentos de avaliação da dor à pessoa, utilizando a Escala Numérica da Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Pudemos presenciar durante o estágio situações de pessoas na fase de **agonia**. Esta fase que precede a morte pode durar dias ou horas e refere-se àquelas situações em que há a deterioração progressiva do estado geral, com diminuição gradual do nível de consciência e das funções mentais superiores (Neto, 2010). Tendo em conta as necessidades da pessoa e do cuidador informal, nesta fase e indo de encontro ao defendido por Neto (2010), houve sempre uma “REDEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS TERAPÊUTICOS, com a consequente simplificação da medicação e adequação da via de administração dos fármacos necessários.” (p.390). Apesar da ideia erradamente concebida de que “já não há nada a fazer”, esta não corresponde à realidade, pois estas pessoas “continuam a representar um investimento na qualidade de vida até ao final.” (Neto, 2010; p.387), sendo que a nossa ação teve sempre como princípio o conforto e a dignidade da pessoa até à morte, indo de encontro com Benner (2001). Em alguns casos foi necessário recorrer-mos do «Protocolo da agitação terminal» o que nos permitiu orientar a nossa ação, adequando-a à pessoa que ali se encontrava, à sua unicidade.

Perante a possibilidade de morte eminente, e como intervenções que considerámos pertinentes, fomos gradualmente informando o cuidador do agravamento do estado da pessoa cuidada, quais os sintomas que poderiam surgir e preparando-o para a morte. Esta informação fornecida de antemão ao cuidador informal permite que este enfrente a inevitabilidade da morte (Etxeburu, 2007). Respondemos a todas as dúvidas solicitadas pelo cuidador informal e indicámos a maneira como proceder em caso de falecimento, dando sempre espaço para o esclarecimento de dúvidas e confortando-o. A **visita de luto** realizada durante o estágio permitiu-nos compreender a importância da mesma para os familiares enlutados e refletir acerca da morte, do morrer e do luto. Segundo Watson (2002), quando existe a experiência de uma perda, todo o viver da pessoa (neste caso, cuidador), é afetado, havendo uma “desarmonia entre as três esferas principais do estar da pessoa no mundo – mente/emoções-corpo-alma.” (p.150). Portanto, o *core* destas visitas é o cuidado à pessoa que sofre a perda. Desta forma procurámos proporcionar aos cuidadores a possibilidade de desabafarem, sobre o que lhes “viesse à mente”, sem os interromper, sem olhar para o relógio e sem tentar apressar, demonstrando disponibilidade e presença, mantendo a privacidade, mesmo quando ocorriam períodos de silêncio, indo de encontro com o defendido por Watson (2002).

Em enfermagem, é de extrema importância a **continuidade dos cuidados**, sendo que os registos de enfermagem propiciam essa continuidade, atividade que nos foi proporcionada e que nesta equipa, ainda se realizam em formato de papel. A realização dos registos tornou-se importante uma vez que nos permitiu elaborar mentalmente, uma sequência dos

acontecimentos, encadeando-os de forma perceptível e salientado aqueles que deveriam ser tidos em conta em futuras visitas domiciliárias, bem como permitiu a reflexão acerca das situações ocorridas e o planeamento de futuras intervenções. A leitura dos registos realizados pelos enfermeiros nos turnos anteriores também promove a formação contínua informal, uma vez que nos permitiu refletir e interiorizar acerca de intervenções adotadas, situadas e contextualizadas, procurando a melhoria no cuidar. Em colaboração com a enfermeira orientadora, elaborámos uma nova folha de registo de enfermagem (APÊNDICE VII), com o objetivo de criar «chamadas de atenção» para aspetos importantes na prestação de cuidados, permitindo assim a continuidade dos cuidados e facilitando o planeamento de cuidados.

Como último objetivo específico, delineamos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com alterações do sono no contexto dos cuidados paliativos domiciliários.

Relativamente a este objetivo, salientamos o facto de termos identificado quais os fatores (físicos, psicológicos, espirituais ou medicamentosos) que afetavam o **sono**, e a qualidade e eficácia do mesmo, sempre que possível e oportuno. Constatámos que nas situações com as quais nos deparámos, a alteração do sono se dava maioritariamente devido a fatores fisiológicos, seguidos dos psicológicos. As perturbações do sono que ocorrem com maior frequência nas pessoas com doença em fase avançada, segundo Palma e Salazar (2010) são: insónia, definida como a dificuldade em iniciar, manter o sono, ou tempo de sono insuficiente e não reparador, referida pela pessoa; e hipersonolência diurna que deve ser distinguida da fadiga ou cansaço. Varia a sua gravidade consoante o grau de sonolência diária apresentada (sonolência leve, moderada ou severa). Perturbações que pudemos constatar durante o estágio e atuar em conformidade com a pessoa cuidada que se nos apresentava.

Através do desenvolvimento do «**Protocolo de Atuação do Sono**» (APÊNDICE VIII), elaborado em colaboração com a ECSCP, foi-nos possível direcionar, padronizar e uniformizar a nossa atuação, tendo sempre em conta que perante uma pessoa em fim de vida se deve utilizar uma abordagem cujo *core* deverá ser a pessoa e a seu cuidador, “nunca esquecendo a reavaliação constante e a qualidade de vida, evitando estratégias sem benefício para ninguém ou terapêuticas descontextualizadas.” (Palma e Salazar, 2010, p.351), permitindo-nos atuar e **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**. No entanto todos os protocolos existentes exigem reflexão e adequação à situação particular de cada pessoa e de cada cuidador. Pudemos ainda compreender que existem duas dimensões essenciais na intervenção terapêutica: não farmacológica/psicológica e farmacológica (controlo de sintomas e/ou correção de causas precipitantes), sendo que dentro da farmacológica deve ser dada prioridade à utilização das benzodiazepinas que ajudem na manutenção do sono. Na não farmacológica, a família/cuidador detém um papel preponderante (Palma e Salazar, 2010). Desta forma

incorporamos na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências e exercemos supervisão do exercício profissional, na medida em que criámos instrumentos para o exercício de uma prática estruturada e baseada na evidência, promovendo a qualidade dos cuidados.

Durante o presente estágio, bem como nos anteriores, realizámos várias **pesquisas bibliográficas** através da consulta de livros, revistas científicas e publicações periódicas sobre assuntos que não dominávamos ou acerca dos quais necessitávamos de aprofundar conhecimentos, tais como controlo da dor, terapêutica mais utilizada em CP, escada de analgésicos, administração de terapêutica por via subcutânea, ensinamentos à família, controlo dos sintomas mais frequentes nas pessoas em fase terminal e apoio à família/cuidador(es). Pudemos, através destas pesquisas, **manter de forma contínua e autónoma, o nosso processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**, procurando situações que fossem propícias ao desenvolvimento e à aquisição de conhecimentos, **permitindo-nos produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que nos deparámos**.

Um dos problemas com que nos deparámos ao longo do estágio foi a referenciação tardia das pessoas com doença oncológica avançada para a equipa. Esta referenciação tardia estava relacionada, na maioria das vezes, com a ideia pré-concebida de que uma equipa de cuidados paliativos apenas serve para “dar uma boa morte” à pessoa e com o desconhecimento do objetivo e missão da equipa. Tendo em conta este facto, procurámos ao longo do estágio, em contexto de trabalho, alterar esta ideia, inculcando nas famílias/cuidador(es) de pessoas a necessitar de cuidados paliativos, e que eventualmente iriam ter alta para domicílio, os recursos de apoio existentes na sociedade, e nomeadamente quando dentro da área de abrangência da ECSCP, objetivo de atuação desta. **Desta forma abordamos questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa e a família/cuidador(es)**.

Os cuidados paliativos devem ser cuidados especializados, diferenciados e dirigidos tanto à pessoa em fase terminal, como ao cuidador informal, que assume uma função extremamente importante para que esta pessoa possa estar em casa até à morte, com qualidade de vida. Desta forma o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em fase terminal assume um papel primordial, cujos objetivos se enquadram no controlo sintomático, no desenvolvimento de uma comunicação adequada com o doente e família/cuidador, no apoio à família/cuidador, e posteriormente no apoio no luto.

Tivemos também, *a posteriori*, a oportunidade de realizar uma revisão integrativa que permitiu a realização de um Poster intitulado “Necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos: revisão integrativa” e que foi apresentado no 1º Encontro Interdisciplinar de Cuidados Paliativos – “Partilhar para Construir” (APÊNDICE IX).

3. CONCLUSÃO

O primeiro estágio, na UCI, foi o iniciar de um percurso que permitiu a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que foram enfatizadas posteriormente no estágio em SU, e onde detiveram maior impacto. O último estágio foi o culminar de todos os conhecimentos adquiridos e de todas as competências. Com o finalizar deste relatório, realçamos que os objetivos e as competências anteriormente descritas e analisadas foram atingidas. Enaltecemos também a importância que deteve o período teórico e o congregar desse com os estágios e a multiplicidade de situações que ocorreram nestes e que contribuíram para a aprendizagem e para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, levando-nos a adotar uma prática com maior autonomia e o aumentar e consolidar de conhecimentos e assim a melhoria dos cuidados que prestamos.

Este percurso, apesar de todos os obstáculos que se apresentaram, foi extremamente importante. Após reflexão e por forma a expormos as capacidades desenvolvidas e os contributos deste curso, ao nível dos estágios, realizamos a análise SWOT (*Strengths, Worries, Opportunities, Threats*). Relativamente às *Strengths* (forças), denotamos: o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; o desenvolvimento de uma prática crítico-reflexiva; a valorização da prática baseada na evidência; a aquisição/aprofundamento de conhecimentos que alteraram a prática; a partilha de conhecimentos, experiências e vivências com os colegas de trabalho; e a melhoria na prestação de cuidados à pessoa e família.

Como *weaknesses* (fraquezas) enaltecemos: a experiência profissional; o período de estágio curto; o contexto próprio de cada campo de estágio; a prática profissional simultânea; e os elevados custos económicos e a localização geográfica.

Relativamente às *Opportunities* (oportunidades), referimos: o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível da promoção do sono; a sensibilização para a importância da satisfação das necessidades de conforto das pessoas; a modificação da prática para uma prática mais baseada em evidência científica; a participação numa ação de formação e na sensibilização da importância da comunicação em cuidados paliativos; e a sensibilização para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada.

Não obstante, as *Threats* (ameaças), remetem para: o não reconhecimento como enfermeira especialista; a desmotivação devido à situação atual do país; e as práticas fortemente enraizadas no contexto de trabalho.

Ao longo dos estágios procurámos desenvolver uma prática crítico-reflexiva, baseada na evidência científica e nas teorias de enfermagem, prestando cuidados centrados à pessoa e família, numa lógica de enfermagem avançada. Todos os cuidados prestados tiveram como *core*, o proporcionar à pessoa e família/cuidador o melhor estado de conforto, indo de encontro

às suas necessidades, utilizando como suporte a teoria de Kolcaba e a teoria de Watson. Associado ao conforto, elaborámos uma revisão sistemática da literatura que procurou identificar os fatores que afetavam o sono das pessoas internadas numa UCI. Esta revisão permitiu-nos contextualizar o nosso percurso e alguns dos trabalhos efetuados, contribuindo assim para a investigação em enfermagem. Realçamos também a importância que teve a investigação para uma prática em enfermagem baseada na evidência de enfermagem, uma vez que na prestação de cuidados se deve aplicar a evidência científica disponível que, associada às competências do enfermeiro contribuam para a prestação de cuidados de qualidade. Procurámos garantir e potenciar a qualidade dos cuidados e responder às necessidades das pessoas, garantido o bem-estar e conforto.

De forma não formal (na passagem de turno) e informal (na partilha de experiências) pudemos comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, sendo que a formação informal nos permitiu partilhar conhecimentos e promover a mudança de comportamentos de uma maneira menos pesada e carregada de formalidade, permitindo uma maior abertura para a partilha de experiências. Ao nível do ensino, este relatório demonstra a importância da formação em enfermagem e contribui para a formação de futuros especialistas, na medida em que demonstra o percurso e o desenvolvimento pessoal e profissional que o curso proporcionou.

Em suma, os estágios realizados, bem como o período teórico, permitiram-nos agir com base em conhecimentos resultantes da teoria e da investigação científica, tomando decisões fundamentadas, tendo em conta a pessoa cuidada e a sua família/cuidador, individualizando cuidados e procurando a qualidade dos cuidados. Portanto esta especialidade permitiu-nos adquirir mais formação, mais conhecimento e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e emocionais especializadas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson de Correia – **Formação e aprendizagem em context clinic: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Fromasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0
- ALEXOPOULOU, C. [et al] – Sleep during proportional-assist ventilation with load-adjustable gain factors in critically ill patients. Intensive Care Medicine. ISSN 0342-4642. 33:7 (2007) 1139–1147.
- ALMEIDA, Armando; COELHO, Patrícia – **Supervisão clínica e enfermagem: aposta na qualidade do exercício profissional** [Em linha]. I Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em [WWW:<URL:http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7360/1/Poster%20SCE.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7360/1/Poster%20SCE.pdf).
- AMENDOEIRA, José – Enfermagem em Portugal: Contextos, actores e saberes. Enfermagem. 35/36 (2004) 13-22.
- AMERICAN ASSOCIATION FOR RESPIRATORY CARE– Clinical Practice Guidelines: Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients with Artificial Airways. The Science Journal of the American Association for Respiratory Care. ISSN 0020-1324. 55:6 (2010) 758-764.
- ANDRADE, Luciene [et al] – Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. Revista Eletrónica de Enfermagem. 11:1 (2009) 151-157. ISSN 1518-1944.
- APÓSTOLO, João Luís Alves – O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. Revista de Enfermagem Referência II Série. ISSN 0874-0283. 9 (2009) 61-67.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BIHARI, Shailesh [et al] – Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. Journal of Clinical Sleep Medicine. ISSN 1550-9389. 8:3 (2012) 301-7.
- CARDOSO, Maria Lúcia – Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro - líder no contexto hospitalar. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. 2006. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- CARSKADON, Mary & DEMENT, William – Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.) 4th ed. - Principles and practice of sleep medicine. St Louis: Elsevier Saunders, 2011. ISBN 978-1-4377-0731-1. p. 16-26.
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL. Conselho de Administração. – **Circular Informativa Nº485: estratégia de enfermagem. 2011-11-10**. Acessível na intranet do Hospital de São José, Lisboa.
- CHRIST, Michael [et al] – Modern Triage in the Emergency Department. Deutsches Ärzteblatt International. ISSN 1866-0452. 107:50 (2010) 892-898.

- CIPE – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.
- CLARKE, David – Growing old and getting sick: Maintaining a positive spirit at the end of life. Australian Journal of Rural Health. ISSN 1440-1584. 15 (2007) 148-154.
- CNDCV – **Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral: indicadores de actividade 2010**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2011. ISBN 978-989-97350-0-2
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: LIDEL e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2002. ISBN 972-757-109-3.
- CORTESÃO, Luiza; LEITE, Carlinda; PACHECO, José Augusto. **Trabalhar por projectos de educação: uma inovação interessante?** Porto: Porto Editora, 2002. ISBN 972-0-34218-8.
- COSTA, Ana Cristina – Inquérito nacional de prevalência de infecção nosocomial: Estudo Português de Prevalência, 25 de Março de 2009. Trabalho apresentado no Curso de Infecçologia Pediátrica. Coimbra, 28 Janeiro 2010.
- CRD – **Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. York: Centre for Reviews and Dissemination. University of York, 2009. ISBN 978-1-900640-47-3.
- DANG-VU, Thien Thanh [et al.] – Sleep: Implications for theories of dreaming and consciousness. In William P. Banks - Encyclopedia of Consciousness. Oxford: Elsevier, 2009. vol. 2. ISBN 978-0-12-373864-6. p. 357-373.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. Diário da República I Série-A. 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- DECRETO-LEI n.º104/98. Diário da República I Série-A. 93 (1998-04-21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI n.º353/99. Diário da República I Série-A. 206 (1999-09.03) 6198- 6201
- DELISLE, Stéphane [et al] – Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison between NAVA and PSV modes. Annals of Intensive Care. ISSN 2110-5820. 1:1 (2011) 1-8.
- DILLON, Patricia - **Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2007. ISBN 978-0-8036-1579-3. 2nd ed.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. [Em linha] Lisboa, Março de 2007. [Consult. 3 de Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde – **Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: programa nacional de controlo da dor**. [Em linha] Lisboa, 18-06-2008. [Consult. 3 de Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf

- 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. ISSN 0020-7489. 48 (2011) 384–400.
- ETXEBURU, Iñigo – La participación de la familia en la agonía y tras el fallecimiento del paciente. In ASTUDILLO, Wilson [et al] – **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastian: Sociedade Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. ISBN 978-84-933596-3-8.
- FACHADA, Maria – **Psicologia das relações interpessoais**. Lisboa: Edições Rumo, 2006. ISBN 972-688-120-X.
- FANFULLA, Francesco [et al] – Effects of different ventilator settings on sleep and inspiratory effort in patients with neuromuscular disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. ISSN 1535-4970. 172 (2005) 619-624.
- FAWCETT, Jacqueline. The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinemests. Journal of Nursing Scholarship. ISSN 1547-5069 16:3 (1984) 119-126.
- FERRELL, Betty; COULE, Nessa – The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. Oncology Nursing Forum. ISSN 1538-0688. 35:2 (2008) 241-247.
- FITZPATRICK, Joyce; WALLACE, Meredith – **Encyclopedia of nursing research**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2006. ISBN 0-8261-9812-0
- FORTUNA, Philip [et al] – **Casuística de uma unidade de AVC pluridisciplinar: Congresso Nacional de Medicina Interna** [Em linha]. Vilamoura: 3ºCongresso Ibérico de Medicina Interna, 2012. [Consult. 20 Out. 2012]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.spmi.pt/18congresso/resumos_aceites_consulta.asp?id=CO-04-03
- FRISK, Ulla; NORDSTRÖM, Gun – Patients' sleep in an intensive care unit: patients' and nurses' perception. Intensive and Critical Care Nursing. ISSN 0964-3397. 19 (2003) 342–49.
- GABOR, Jonathan [et al] – Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. ISSN 1535-4970. 117:5 (2003) 708–15.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar; MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada; EGUIGUREN, Ana P. – El sistema informal de cuidados en clave de desigualdade. Gaceta Sanitaria. ISSN 0213-9111. 18:1 (2004)132-9.
- GARRIDO António; PIRES, Regina; SIMÕES, João – **Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. ISBN 978-972-789-266-2.
- GASK, Linda – A identificação dos problemas emocionais e psicológicos. In CORNEY, Roselyn – **O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN 972-95908-2-6. p. 61-69.
- GAWANDE, Atul – **The checklist manifesto: how to get things right**. New York: Metropolitan Books, 2009. ISBN 978-0-8050-9174-8.

- GIAKOU MIDAKIS, Konstantinos [et al] – Oxygen saturation and secretion weight after endotracheal suctioning. British Journal Of Nursing. ISSN 0966-0461. 20:21 (2011) 1344-1351.
- GRANJA, Cristina [et al] – Improved survival with therapeutic hypothermia after cardiac arrest with cold saline and surfacing cooling: keep it simple. Emergency Medicine International. ISSN 2090-2840. (2011) 1-4.
- GUIMARÃES, Paula – **Aprender no local de trabalho: um outro olhar sobre a formação e a enfermagem** [Em linha]. IV Congresso Português de Sociologia. Minho: Universidade do Minho, Unidade de Educação de Adultos, 2000. [Consult. 19 Dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dd3884baff_1.PDF
- HANSON, Shirley – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972- 8383-83-5.
- HARDIN, Kimberly A. – Sleep in the ICU: potential mechanisms and clinical implications. American College of Chest Physicians. ISSN 0012-3692. 136 (2009) 284–294.
- HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- HONORÉ, Bernard – **A saúde em projecto**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-31-2.
- HUNTER, James C. – **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2004. ISBN 8575421026
- JOSÉ, Helena – **Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros** [Em linha] Lisboa: Universidade de Lisboa, 2008. [Consult. 19 Dez. 2012]. Tese de doutoramento. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1843/1/19986_ulsd_re252_Helena_MG_tD.pdf
- KAMDAR, Biren; NEEDHAM, Dale; COLLOP, Nancy – Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. Journal of Intensive Care Medicine. ISSN 0885-0666. 27:2 (2012) 97–111.
- KÉROUAC, Suzanne [et al] – **El pensamento enfermeiro**. Barcelona: Masson, S.A., 2002. ISBN 2-7607-0584-6.
- KOLCABA, Katharine – A taxonomic structure for the concept comfort. Journal of Nursing Scholarship. ISSN 1547-5069. 23:4 (1991) 237-40.
- KOLCABA, Katharine; DIMARCO, Marguerite – Comfort theory and its application to pediatric nursing. Pediatric Nursing. ISSN 0097-9805. 31:3 (2005) 187-94.
- KOLCABA, Katharine; KOLCABA, Raymond – An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing. ISSN 1365-2648. 16(1991) 1301-10.
- KÜBLER- ROSS, Elisabeth – **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. Brasil: Martins Fontes, 1996. ISBN 85-336-0496-3.

- LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-9539-5-2.
- LEI n.º 111/2009. Diário da República I Série. 180 (2009-09-16) 6528-6550.
- LEI n.º 52/2012 – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República I Série. 172 (2012-09-05) 5119-24
- LI, Shu-Yen [et al] – Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. Journal of Clinical Nursing. ISSN 0962-1067. 20:3/4 (2011) 396-407.
- LITTLE [et al] – A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. Minerva Anestesiologica. ISSN 1827-1596. 78:4 (2012)406-14.
- MANCHOLA, Enrique Arriola – El paciente com demência en fase terminal: cuidado personal y apoio a la familia. In ASTUDILLO, Wilson [et al] – **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastian: Sociedade Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. ISBN 978-84-933596-3-8. p.171-199.
- MARQUES, António – **A Rede Nacional de Urgência e Emergência: reflexões no contexto da Reforma Hospitalar em 2011** [Em linha]. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011. [Consult. 5 de Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://saudeimpostos.files.wordpress.com/2011/10/a-rede-nacional-de-urgc3aancia-e-emergc3aancia.pdf>
- MELEIS, Afaf – **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997. ISBN 0-397-55259-9.
- MEZONO, João Catarin – **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7
- MONSÉNA, Maria; EDÉLL-GUSTAFSSONB, Ulla – Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme. Intensive and Critical Care Nursing. ISSN 0964-3397. 21:4 (2005) 208-19.
- MOSKOP, John [et al] – Emergency department crowding, Part 1: concept, causes and moral consequences. Annals of Emergency Medicine. ISSN 0196-0644. 53:5 (2009) 605–611.
- MTG – **Manchester Triagem Group**. Oxford: Blackwell Publishing, 2008. ISBN 978-0-7279-1542-9.
- NETO, Isabel – Agonia. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p.387-400.
- NICHOLS, Melanie [et al] – **European Cardiovascular Disease Statistics 2012**. Brussels, Belgium: European Heart Network; Sophia Antipolis, France: European Society of Cardiology, 2012. ISBN 978-2-9537898-1-2
- NICOLÁS, Ana [et al] – Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. Nursing in Critical Care. ISSN 1362-1017. 13:1(2008) 25-33.

- NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez Editora, 1989. ISBN 85-249-0183-7.
- NORMA PORTUGUESA 405-1 – **Informação e Documentação. Referências bibliográficas. Parte 1: documentos impressos.** Instituto Português da Qualidade, 1994.
- NORMA PORTUGUESA 405-3 – **Informação e documentação. Referências bibliográficas. Parte 3: Documentos não publicados.** Instituto Português da Qualidade, 2000.
- NORMA PORTUGUESA 405-4 – **Informação e documentação. Referências bibliográficas. Parte 4: documentos eletrónicos.** Instituto Português da Qualidade, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: guia orientador de boa prática.** Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer CJ 194/2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem** [Em linha]. Conselho Jurisdicional, 2010. [Consult. 30 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20-%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf
- ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de doentes críticos: recomendações** [Em linha]. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008. [Consult. 28 Out. 2012]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- PAIVA, José [et al] – **Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: relatório CRRNEU** [Em linha]. Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 10 de Fev. 2012. [Consult. 26 Set. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>
- PALMA, Maria José; SALAZAR, Helena – Sono. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos.** Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 345-366.
- PARRACHO, Margarida; SILVA, Maria dos Anjos; PISCO, Rosa. – A enfermagem como elo de ligação entre o utente/família/comunidade (comunicação/relação de ajuda). Sinais vitais. ISSN 0872-8844. 58 (2005) 65-66.
- PARREIRA, Pedro – **Organizações.** Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-46-8;
- PARTHASARATHY, Sairam; TOBIN, Martin – Effect of ventilator mode on sleep quality in critically ill patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. ISSN 1535-4970. 166:11 (2002) 1423-9.
- PETROVIĆ, Milovan [et al] – Therapeutic hypothermia and neurological outcome after cardiac arrest. Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal Of Serbia & Montenegro. ISSN 0042-8450. 68:6 (2011) 495-499.

- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- PINHO, Márcia – Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. Ciências & Cognições. ISSN 1806-5821. 8 (2006) 68-87.
- PORTAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** [Em linha]. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2010. [Consult. 22 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL:http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf
- PORTARIA n.º268/2002. Diário da República I Série-B. 61 (2002-03-13) 2305-2309
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. **Cuidados Intensivos**. Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. ISBN 972-675-097-0 (2003).
- PÓVOA, Pedro [et al] – Influence of vasopressor agent in septic shock mortality: results from the Portuguese community-acquired sepsis study. Critical Care Medicina. ISSN 1530-0293. 37:2 (2009) 410-416.
- QUERIDO, Ana; GUARDA, Hírdina – Hidratação em fim de vida. In BARBOSA, António; NETO, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 401-415.
- 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, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 461-485.
- RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria Arminda - O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, III Série. ISSN 0874-0283. 7 (2012) 149-158.
- RICHARDSON, Annette [et al] – Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? Nursing in Critical Care. ISSN 1362-1017. 12:6 (2007) 278-286.
- RIET, Pamela [et al] - Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. International Journal of Palliative Nursing. ISSN 1357-6321. 14:3 (2008) 145-151.
- ROBERTS, Fiona – Consensus among physiotherapists in the United Kingdom on the use of normal saline instillation prior to endotracheal suction: a Delphi study. Physiotherapy Canada. ISSN 0300-0508. 6:2 (2009) 107-115.
- SANSON-FISHER, Rob [et al] – The unmet supportive care needs of patients with Cancer. Cancer. ISSN 1097-0142. 88:1 (2000) 226-237.
- SCHÖN, Donald – **The reflective practitioner: how professionals think in action**. United States of America: Basic Books, 1983. ISBN 0-465-06878-2
- SILVA, Abe, Paiva – “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. ISSN 0871-2370. 55:1-2 (2007) 11-20.

- SILVEIRA, Daniele; BOCK, Lisnéia; SILVA, Eveline – Quality of sleep in intensive care units: a literature review. Journal of Nursing UFPE on line. ISSN 1981-8963. 6:4 (2012) 898-905.
- SIMÕES, João; GARRIDO, António – Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem. ISSN 0104-0707. 16:4 (2007) 599-608.
- SOARES, Márcio – Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. ISSN 0103-507X.19:4 (2007) 481-484.
- SPICHTER, Elisabeth – Family experiences of hospital end-of-life care in Switzerland: An interpretive phenomenological study. International Journal of Palliative Nursing. ISSN 1357-6321. 15:7 (2009) 332-7.
- TAŞTAN, Sevinç [et al] – Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. Anatolian Journal of Clinical Investigation. ISSN 1306-8814. 4:1 (2010) 5-10.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- TOUBLANC, Bénédicte [et al] – Assist-control ventilation vs. low levels of pressure support ventilation on sleep quality in intubated ICU patients. Intensive Care Medicine. ISSN 0342-4642. 33:7 (2007)1148–1154.
- TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- UĞRAS, Gülay; ÖZTEKİ'N, Seher – Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. The Tohoku Journal Of Experimental Medicine. ISSN 0040-8727. 212:3 (2007) 299-308.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Lisboa – **Guia de Estágio**. Abril de 2012. Documento fornecido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2007. ISBN 972-54-0146-8.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.
- WATSON, Jean – **Nursing: the philosophy and science of caring**. Colorado: Colorado Associated University Press, 1985. ISBN 0-87081-154-1.
- WEINHOUSE, Gerald; WATSON, Paula – Sedation and sleep disturbances in the ICU. Critical Care Clinic. ISSN 0749-0704. 25 (2009) 539-549.
- WHOQOL Group – Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health. 23:3 (1994) 24-56.
- WOODROW, Philip – Essential principles: blood gas analysis. Nursing in Critical Care. ISSN 1362-1017. 15:3 (2010) 152-156.

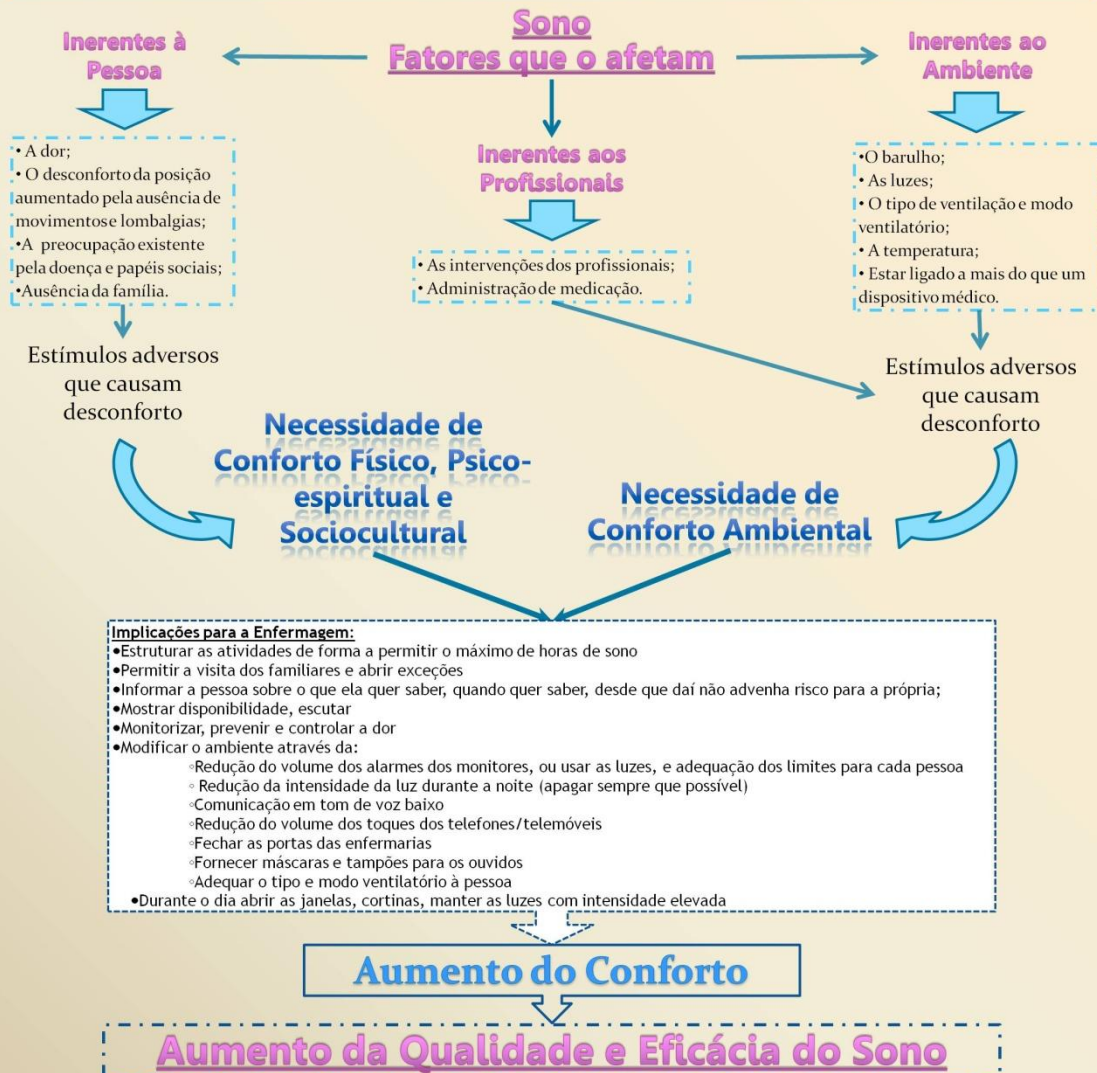
- ZALENSKI, Robert J. – Maslow's Hierarchy of Needs: a framework for achieving human potential in hospice. Journal of palliative medicine. ISSN 1096-6218. 9:5 (2006) 1120-1127.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster: «O sono e o conforto da pessoa: que implicações»

O Sono e o Conforto da Pessoa: que implicações

Objetivo: Conhecer quais os fatores que afetam o sono das pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos.
Metodologia: Pesquisa de estudos empíricos, entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2012, nas bases de dados EBSCOhost, PubMed e B-on, e selecionados de acordo com o método PIC|OS.



Conclusões: O enfermeiro deve, portanto, estar consciencializado para a importância do sono/repouso da pessoa internada numa UCI e para a identificação dos fatores que o afetam, por forma a planejar cuidados e estratégias que promovam um ambiente terapêutico harmonioso. Neste sentido e tendo em conta a teoria de Kolcaba sobre o conforto, e sendo este definido não só como uma causa de alívio do desconforto (envolve estímulos adversos e pensamentos), mas como um estado de tranquilidade e satisfação, uma necessidade de tornar a vida «agradável», desta forma torna-se necessário identificar quais as necessidades de conforto da pessoa internada numa UCI (necessidades de conforto ambiental, necessidades de conforto físico, psicoespiritual e sociocultural) e ajudar na sua satisfação.

Referências:

1. Kessler, G., Kessler, R., Palmer, D., Eisenstein, M., Prasad, O., Ouyang, D. Sleep during postoperative ventilation with head-adjustable pins: factors in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. 2007;12(1):119-41.

2. Chiu, S., Mahoney, J., Mahoney, P., D'Amico, J., Hirschman, B., Brown, S. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2012;8(2):203-7.

3. Chiu, S., Chiu, P., Mahoney, P., D'Amico, J., Hirschman, B., Brown, S. Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison between NIV and PIV modes. *Annals of Intensive Care*. 2011;Suppl(1):1-8.

4. Mahoney, P., Hirschman, B., Brown, S., Chiu, S. Effect of different ventilator settings on sleep and respiratory effort in patients with non-neurologic disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2012;185(11):1423-9.

5. Mahoney, P., Hirschman, B., Brown, S., Chiu, S. Sleep in the intensive care unit: patients' and nurses' perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2003;18:342-60.

6. Miller, J., Cooper, A., Crossley, S., Lee, S., Kibler, H., Berger, R., et al. Characteristics of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2011;183(10):1261-7.

7. Mahoney, P., Kibler, H. Assessment of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16:1301-10.

8. Wang, T., Wu, L., Liang, C., Tang, H. Efficacy of combining light-blue noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;22(24):266-677.

9. Liu, A., Elmer, C., Arora, R., Thambiraman, T., Tang, D., Miller, F. A patient survey of sleep quality in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2007;12(4):486-14.

10. Mahoney, P., Kibler, H., D'Amico, J., Tang, D., Miller, F. Sleep and sleep-disruption factors before and after implementation of a bedside modification programme. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005;20(4):285-19.

11. Mahoney, P., Arora, R., Thambiraman, T., Tang, D., Miller, F., Mahoney, P., et al. Prevalence of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008;23(1):21-31.

12. Mahoney, P., Kibler, H. Effect of mechanical noise on sleep quality in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002;165(11):1423-9.

13. Mahoney, P., Arora, R., Thambiraman, T., Tang, D., Miller, F., Mahoney, P., et al. Sleep quality in critically ill patients: sleep quality in critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;22(3):278-86.

14. Miller, F., Tang, D., Wang, T., Liang, C., Tang, H. The effect of continuous noise on sleep quality in patients. *American Journal of Critical Care Medicine*. 2010;4(1):1-10.

15. Mahoney, P., Kibler, H. Efficacy of interventions to reduce noise in a critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004;19(4):285-19.

16. Mahoney, P., Kibler, H., D'Amico, J., Tang, D., Miller, F., Mahoney, P., et al. Sleep quality in critically ill patients: sleep quality in critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;22(3):278-86.

17. Mahoney, P., Kibler, H., D'Amico, J., Tang, D., Miller, F., Mahoney, P., et al. Sleep quality in critically ill patients: sleep quality in critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;22(3):278-86.

18. Mahoney, P., Kibler, H., D'Amico, J., Tang, D., Miller, F., Mahoney, P., et al. Sleep quality in critically ill patients: sleep quality in critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;22(3):278-86.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que
SANDRA ISABEL PEREIRA AFONSO

Membro n.º **5-E-64813** desta Ordem, esteve presente no **1.º Encontro CEEMC**, promovido pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 8 e 9 de fevereiro de 2013, com a duração total de 11 horas, no Porto, Escola Superior De Enfermagem do Porto, Auditório Celeste Gomes Marques/ Sede – Polo São João.

Lisboa, 9 de fevereiro de 2013.

P'la Comissão Organizadora

Enf. José Carlos Martins
O Presidente
Mesa do Colégio ERMC

APÊNDICE II – Entrevistas Informais Semiestruturadas e Análise de Conteúdo

ENTREVISTA INFORMAL SEMIESTRUTURADA

O tema escolhido surge pelo desabafo entre uma pessoa internada e o seu familiar, quando esta lhe refere que não consegue dormir e que esse facto o estava a afetar. Desta constatação decidimos realizar entrevistas informais semiestruturadas a sete pessoas internado na unidade, que não se encontravam ventiladas no presente momento e que após informadas, consentiram em responder às perguntas que se seguem. As entrevistas decorreram de forma aberta, semiestruturada, em que foi permitido aos entrevistados falarem abertamente sobre o assunto, apenas direccionando a conversa com algumas perguntas.

Com as perguntas abertas: qual a sua experiência relativamente a dormir aqui na unidade? Tem dificuldade em adormecer? O que o incomoda? Considera que o sono é suficientemente reparador?

E1 – O Sr. A., internado há 2 meses, por sua vez, relatou que nunca teve problemas em dormir e que o sono era suficientemente reparador. Este entrevistado não aprofundou o assunto, mesmo quando questionado diretamente.

E2 – O Sr. J. disse que dormia muito mal, que demorava muito tempo a adormecer, e assim que o fazia, alguém o acordava, ou os profissionais, “com os posicionamentos” (sic) e outros procedimentos, ou “os outros doentes da enfermaria fazem muito barulho” (sic). Para além disso disse que, por vezes, durante a noite, ouvia “martelar” (sic), e que acendem as luzes muito cedo e que estas lhe incidiam mesmo em cima do rosto. Este entrevistado refere sonolência por períodos durante o dia e refere ter os “sonos trocados” (sic).

E3 – O Sr. P., por sua vez, constatou que no início do internamento tinha dificuldade em adormecer, devido a todo o equipamento, à situação clínica em si e ao barulho, mas que com o tempo se foi “habitando” (sic) e que no presente momento não lhe incomoda.

E4 – A Sr.^a L. referiu que tem dormido melhor nos cuidados intermédios, do que quando estava nos cuidados intensivos, mas no entanto mantém dificuldade em adormecer pois a preocupação pela sua situação clínica inquieta-a, para além de que não é o seu espaço habitual. Para além disso refere que o que mais a incomoda é o barulho e a dor nos membros inferiores. Relativamente à qualidade do sono, diz que este não é reparador e que dormita durante o dia. Refere ter dificuldade em adormecer tanto à noite como durante o dia, pois “a enfermaria é muito agitada” (sic) e à noite “acendem as luzes muito cedo” (sic).

E5 – A Sr.^a I. não tem dormido “quase nada” (sic) e tem dificuldade em iniciar o sono. Apesar disso, não costuma dormir durante o dia. Refere estar preocupada com a sua situação clínica, para além disso as luzes e o barulho, bem como a dor nos membros inferiores, a impedem de dormir. Esta entrevistada apesar de ter consentido em responder, não apresentou um discurso muito fluente, tendo-se limitado a responder diretamente às perguntas levantadas.

E6 – O Sr. J. refere não dormir bem porque “fazem muito barulho”. Também porque “não é a casa” (sic) dele está preocupado com a sua situação clínica. Diz que também deve ter dormido mal porque dormitou no dia anterior, a tarde toda. Quando questionado diretamente, refere que as luzes não o incomodam e nem as intervenções dos enfermeiros, e que o que melhoraria realmente o seu sono seria a “diminuição do barulho”. Esta pessoa apresentava uma face sonolenta.

Na entrevista realizada à enfermeira da consulta de *Follow-Up*, após o seu consentimento oral, foram colocadas as seguintes questões: Qual a experiência das pessoas internadas relativamente à atividade de vida dormir? Referem dificuldade em adormecer? Acordares constantes? Interrupções do sono? O que as incomoda? O barulho? As luzes? A dor?

E7 - Perante estas perguntas, a enfermeira referiu que de uma maneira geral, as pessoas, enquanto entubadas, referem não se lembrar de muitas situações, uma vez que a maior parte se encontra sedada. Quando começam a ficar mais despertos começam a aperceber-se do que se passa à volta delas e referem, na consulta, desconforto pela situação clínica em si, pelo facto de estarem num ambiente não familiar e numa situação de doença, do que propriamente da dificuldade em dormir. No entanto alguns referem que o sono é insuficiente, que o barulho dos profissionais e das pessoas doentes da mesma enfermaria é perturbador, e que as luzes por estarem mesmo em cima das camas, os afeta. Há alterações no que toca aos ciclos dia/noite, as pessoas dormitam durante o dia e passam a noite inteira sem dormir.

A medicação por vezes não é a mais adequada para determinada pessoa, sendo que algumas ficam mais agitadas e mais inquietas com determinados ansiolíticos/sedativos. Relativamente à dor, geralmente está controlada com analgesia.

Na opinião da enfermeira é uma área importante e que vai interferir com a recuperação da pessoa internada, mais a nível dos cuidados intermédios que nos cuidados intensivos, mas que no entanto deve ser considerada e deve ser proporcionado à pessoa o tempo e as condições necessárias para um sono reparador. As pessoas que não dormem ou que têm o sono fragmentado, geralmente, são pessoas que se apresentam inquietas por períodos e sonolentas noutros.

OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE

A unidade está subdividida em enfermaria de duas camas, estando sempre duas enfermarias contíguas separadas por vidros que se encontram em cima da bancada de enfermagem e um local de passagem que permanece aberto, entre as duas. As camas estão separadas por cortinas e cada enfermaria possui uma janela que permite a entrada de luz natural e uma porta, que a separa do corredor que dá acesso às outras enfermarias. As luzes artificiais estão situadas por cima das camas. Foi realizada também uma observação do ambiente do local de estágio à noite tendo-se constatado que as luzes permanecem apagadas

a maior parte do tempo, o barulho dos alarmes dos monitores e das bombas é frequente, bem como as conversas. As situações de urgência são inevitáveis tal como o barulho inerente a estas.

LIMITAÇÕES

A limitação encontrada na realização das entrevistas prendeu-se com a fluidez do discurso das pessoas entrevistadas, apesar destas estarem consciente e orientadas, e com score na Escala de Coma de Glasgow igual a 15.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Categorias dos fatores inerentes à/aos/ao:

- Pessoa:

- Preocupação/desconforto pela situação clínica: E3, E4, E5, E6, E7
- Encontrarem-se num ambiente estranho/não familiar: E4, E6, E7
- Dor nos membros inferiores: E4, E5

- Profissionais:

- “com os posicionamentos” E2

- Ambiente:

- Barulho: E2, E3, E4, E5, E6, E7
 - ouve “martelar” durante a noite; E2
 - “outros doentes da enfermaria fazem muito barulho”; E2
 - “enfermaria muito agitada” E4
 - “fazem muito barulho” E6
- Luzes: E2, E4, E5, E7
 - “acendem as luzes muito cedo” e incidem sobre o rosto; E2
- Outros:
 - Aos dispositivos médicos ligados ao doente; E3

Eficácia do sono:

- Sono reparador/suficiente: E1, E3,
- Sono não reparador/insuficiente: E2, E4, E5, E6, E7

Análises:

Através desta análise foi possível constatar que o fator mais identificado pelas pessoas internadas como perturbador do sono foi: o barulho provocado tanto pelos profissionais, como

pelo outras pessoas doentes e pelos alarmes dos monitores e das bombas infusoras, seguindo-se das luzes, indo de encontro à revisão da literatura realizada. Para além destes dois fatores foram também identificados como perturbadores do sono a ansiedade/preocupação devido à situação clínica atual, pela sua situação de doença, o estarem num ambiente não familiar e a dor, que apesar de na maior parte das vezes estar controlada com analgesia em perfusão endovenosa, ainda assim torna-se num fator perturbador do sono.

APÊNDICE III – Documento fornecido à equipa da UCI para consulta, sobre: (Os) Fatores que afetam o sono das pessoas internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos

O SONO DO DOENTE INTERNADO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMO

O sono numa unidade de cuidados intensivos é percebido como sendo pobre e insuficiente, apesar de ser algo essencial para a recuperação do doente, devendo, por isso, ser preservado e estimulado. De acordo com a evidência científica, existem diversos fatores que influenciam a qualidade do sono/repouso de cada doente, sobressaindo os seguintes: dor; desconforto da posição aumentado pela ausência de movimentos e, lombalgias; preocupação relacionada com o prognóstico/situação clínica; ansiedade/medos/receios relacionados com a doença, a recuperação e o desconhecido; ansiedade e stress [inerentes ao próprio doente]. Barulho; luzes; temperatura; conexão a mais do que um dispositivo médico; tipo de ventilação e modo ventilatório; odores desagradáveis [inerentes ao ambiente]. Intervenções e cuidados dos profissionais (por exemplo, a administração de medicação), [inerentes aos profissionais].

Este trabalho tem como principais objetivos – sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do sono/repouso do doente internado numa unidade de cuidados intensivos e, identificar os fatores que o afetam, para o planeamento de cuidados e estratégias que promovam um ambiente terapêutico harmonioso e que garantam a melhor qualidade do sono/repouso de cada doente.

Palavras-chave: sono; cuidados intensivos; enfermagem.

INTRODUÇÃO

O sono, o repouso e tudo o que lhes está inerente, tem fascinado o homem desde a antiguidade, tendo a sua conceção e entendimento evoluído ao longo dos tempos. A sua definição sempre foi difícil pelo que vários foram os autores que tentaram defini-lo e estudá-lo. Anteriormente entendido como um estado passivo de inatividade cerebral, resultante da redução da perceção aos estímulos sensoriais, é hoje considerado como um fenómeno ativo, complexo e reversível, em que há a ausência ou a diminuição da resposta aos estímulos do meio ambiente relativamente ao estado de vigília. Ou seja, é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica, caracterizado por um período de inércia associado à diminuição da atividade cerebral, com existência de um leque de movimentos limitados, involuntários, automáticos e sem propósitos definidos. O sono é ainda qualificado pela regulação homeostática de todo o organismo (Dang-Vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011).

O sono desempenha um papel importante na manutenção da saúde dos indivíduos, afetando a sua qualidade de vida e bem-estar. O não dormir ou o dormir pouco provoca cansaço, stress, depressão e diminui o sistema imunitário, aumentando o risco de doenças infecciosas (Dillon, 2007). Já referido anteriormente por Nightingale (1989) como sendo de extrema importância para a saúde do doente, a manutenção de um sono sem interrupções é, ainda, pouco ponderado. Componente fundamental do bem-estar, a necessidade de dormir

varia com a idade, com o nível de desenvolvimento, com o estado de saúde, com o nível de atividade e as normas culturais. Como função restauradora, o sono é necessário para que a cura física e psicológica ocorra (Fitzpatrick e Wallace, 2006). Outra das teóricas a referir a importância do sono foi Virgínia Henderson que enunciou as 14 necessidades básicas, expondo o «dormir e descansar» como uma dessas necessidades. Por outro lado, Faye Abdellah referiu o sono como um dos 21 problemas de enfermagem, sendo que o sono poderia ser promovido pelo enfermeiro (Tomey e Alligood, 2004).

Associado às perturbações do sono estariam, segundo Nightingale (1989), aspetos relativos ao ambiente. Numa unidade de cuidados intensivos, o ambiente pode ser entendido como hostil e com o potencial de comprometer o sono dos doentes internados. Nos doentes em estado crítico, as alterações no sono são extremamente comuns (Dang-Vu *et al*, 2009). Neste sentido torna-se importante para os profissionais de saúde compreender a importância do sono para o doente, bem como decorre o ciclo normal do sono; como é que este afeta a saúde e o bem-estar do doente; e quais os fatores que, influenciando negativamente o sono, podem ser reduzidos ou suprimidos, (Fitzpatrick e Wallace, 2006).

O CICLO DO SONO

Através do estudo do padrão do eletroencefalograma foi possível compreender que o sono possui dois padrões fundamentais, o sono com movimentos oculares rápidos (REM) e o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), cada um com ondas distintas. O padrão NREM possui 4 estadios, do I ao IV. Nos seres humanos estes estadios ocorrem de forma ordenada durante a noite, num total de entre quatro a seis ciclos. Cada ciclo começa com o NREM I e II (sono leve) seguindo-se o III e o IV (sono profundo), seguindo-se o NREM III e II novamente, e por último o REM (Figura 1). Ao longo da noite a duração do NREM diminui enquanto que o REM aumenta (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Dang-vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011).

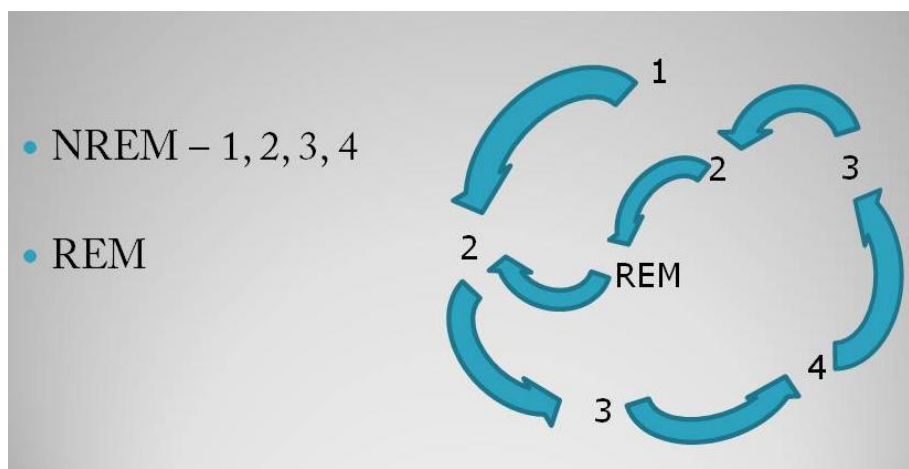


Figura 1 – Ciclo do Sono

Cada um dos padrões acima mencionados possui características particulares que permitem distingui-los. O sono NREM apresenta-se no eletroencefalograma (EEG) como um conjunto de ondas rápidas de baixa amplitude, que vão diminuindo de frequência e aumentando de amplitude conforme o sono vai aprofundando. Considerado como paradoxal e dessincronizado, o sono REM apresenta-se no EEG como um conjunto de ondas de baixa amplitude e de alta frequência, semelhantes ao estado de vigília (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Dang-vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011).

Relativamente a outras alterações que permitem distinguir os dois padrões principais, o NREM caracteriza-se por um estado em que há uma progressiva redução dos movimentos corporais com relaxamento muscular, mas mantendo o tónus. O REM caracteriza-se por uma atonia muscular com movimentos fásicos e mioclonias multifocais e durante o qual se apresentam os sonhos (Fitzpatrick e Wallace, 2006; Dang-vu *et al*, 2009; Carskadon e Dement, 2011).

FATORES QUE AFETAM O SONO DOS DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Um sono adequado é essencial para a saúde e recuperação do doente, no entanto, o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos é por natureza, um ambiente perturbador do padrão de sono normal (Uğras e Özteki'n, 2007; Taştan et al., 2010). Os doentes apresentam distúrbios do sono, não conseguem dormir de acordo com o seu padrão de sono habitual (Beecroft et al., 2008; Uğras e Özteki'n, 2007) dormindo menos à noite, nos cuidados intensivos, do que o fariam em casa, sendo que a qualidade do sono é também inferior (Richardson et al., 2007; Nicolás et al., 2008) (Figura 2).

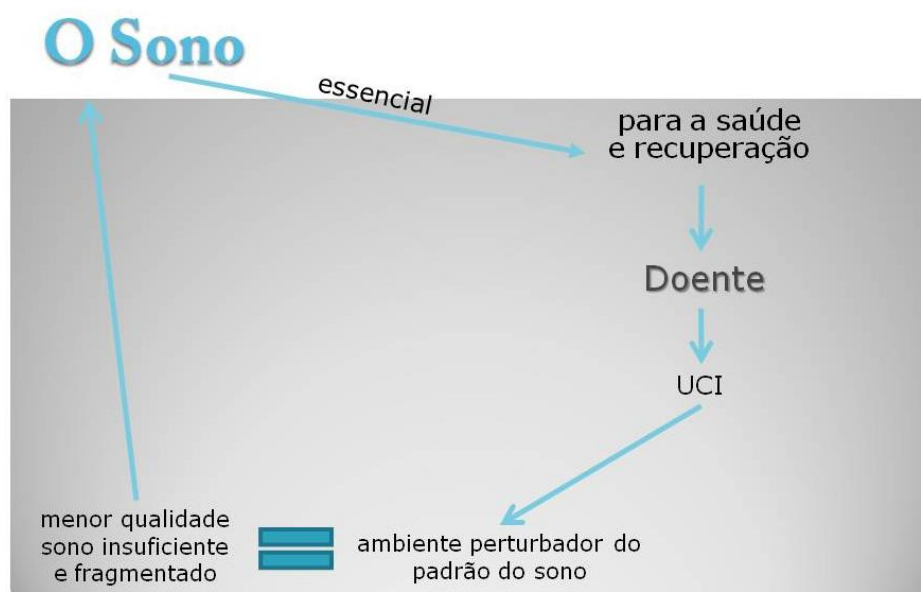


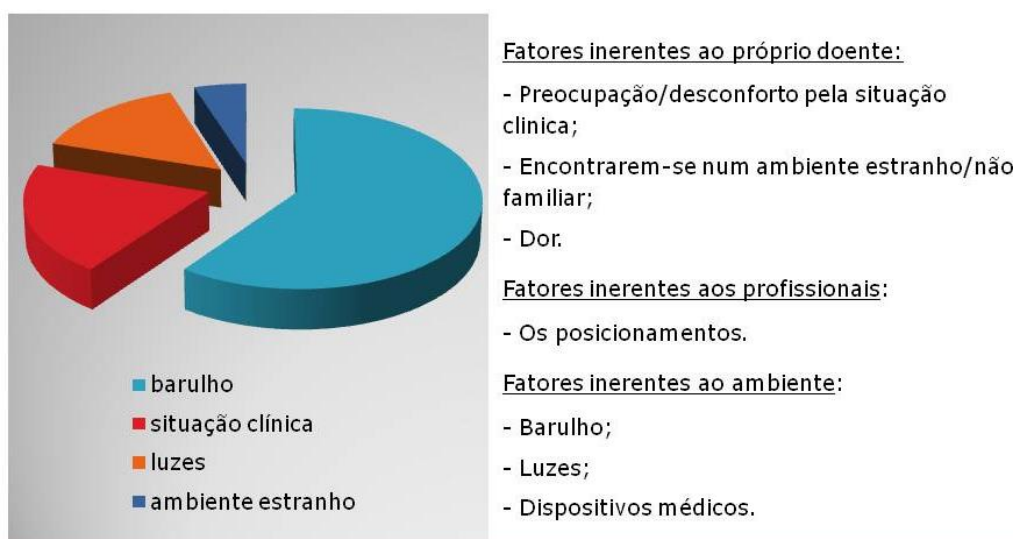
Figura 2 - Diagrama

O sono é portanto, insuficiente e fragmentado (Beecroft et al., 2008; Nicolás et al., 2008), sendo a sua arquitetura anormal (Beecroft et al., 2008), com ciclos incompletos (Nicolás et al., 2008), levando os doentes a apresentarem sonolência durante o dia (Li et al., 2011). Os fatores identificados como perturbadores do sono/repouso dos doentes internados numa UCI, podem ser agrupados em categorias, de acordo com a sua etiologia:

<u>Inerentes ao Próprio Doente</u>	<u>Inerentes aos Profissionais</u>	<u>Inerentes ao Ambiente</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ dor ▪ desconforto da posição ▪ ausência de movimentos ▪ preocupação pela situação clínica ▪ ansiedade e medo da doença, da recuperação, do desconhecido ▪ ausência dos familiares ▪ stress por ambiente não familiar ▪ ansiedade pelas preocupações com as responsabilidades sociais/papéis sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intervenções dos profissionais ▪ administração de medicação ▪ efeitos da medicação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ barulho/ruídos ▪ presença de luzes ▪ temperatura ▪ presença de mais do que um dispositivo médico ▪ tipo de ventilação e modo ventilatório ▪ odores e cheiros desagradáveis.

(Parthasarathy , 2002; Frisk, 2003; Gabor *et al*, 2003; Monséna, 2005; Fanfulla *et al*, 2005; Alexopoulou *et al*, 2007; Richardson *et al*, 2007; Toublanc *et al*, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Uğras & Özteki'n 2007; Hardin, 2009; Taştan *et al*, 2010; Delisle *et al*, 2011; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012)

Ao nível da UCI em questão, os fatores identificados como afetando o sono e agrupados de acordo com as categorias anteriormente definidas encontram-se a seguir:



É claro que muitos dos fatores que perturbam o sono são inevitáveis, no entanto, há alguns em que os enfermeiros podem intervir para melhorar a qualidade do sono do doente. A implementação de algumas medidas de controlo do ambiente e das atividades dos profissionais devem ser adotadas, nomeadamente:

- Estruturar as atividades de forma a permitir o máximo de horas de sono
- Promover o conforto
- Monitorizar, prevenir e controlar a dor
- Modificar o ambiente através da:
 - Redução do volume dos alarmes dos monitores e adequação dos limites para cada doente e cada situação específica
 - Redução da intensidade da luz durante a noite (apagar sempre que possível)¹⁶
 - Comunicação em tom de voz baixo
 - Redução do volume dos toques dos telefones/telemóveis
 - Fechar as portas das enfermarias
 - Fornecer máscaras e tampões para os ouvidos
 - Adequar o tipo e modo ventilatório ao doente
- Durante o dia abrir as janelas, cortinas, manter as luzes com intensidade elevada

(Parthasarathy , 2002; Fanfulla *et al*, 2005; Alexopoulou *et al*, 2007; Richardson *et al*, 2007; Toubanc *et al*, 2007; Nicolás *et al*, 2008; Uğras & Özteki'n 2007; Hardin, 2009 Taştan *et al*, 2010; Delisle *et al*, 2011; Li *et al*, 2011; Bihari *et al*, 2012; Little *et al*, 2012)

Aquelas atividades que não são consideradas como sendo essenciais para manter a hemodinâmica do doente, devem ser evitadas pelo menos, de maneira a permitir um período de descanso mais longo durante a noite. Desta forma há a necessidade de as equipas de saúde se coordenarem entre si de forma a otimizarem as intervenções e assim, melhorarem a qualidade do sono dos doentes (Uğras e Özteki'n, 2007; Nicolás *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

O sono numa unidade de cuidados intensivos é percebido como sendo pobre e insuficiente, apesar de ser essencial para a recuperação do doente, devendo, por isso, ser preservado e estimulado. A literatura mais recente aponta diversos fatores que influenciam a qualidade do sono/repouso, destacando-se os inerentes ao próprio doente, os fatores pertencentes aos profissionais e os intrínsecos ao ambiente de uma unidade de cuidados intensivos. De fato, os fatores mais comuns são: o barulho, as intervenções dos profissionais, a dor e as luzes.

O estar doente e num hospital constituem por si só, fatores suficientemente perturbadores do sono/repouso. Ampliando-se quando o doente se encontra internado numa

unidade de cuidados intensivos, rodeado de equipamento que emite sons e alarmes que o acordam constantemente, muitas das vezes entubado orotraquealmente (real barreira à comunicação) e com limitação até para a sua mobilização, com desconforto, dor, frio ou calor, sem compreender se é dia ou noite e, com a percepção que a família apenas está presente por curtos períodos. Também os profissionais de saúde, que têm a seu cargo a vigilância/monitorização, estabilização hemodinâmica e cuidados, desenvolvem atividades constantes que impõem inevitáveis estímulos. Tendo em conta todos estes fatores, é compreensível que o doente tenha dificuldade em manter um sono adequado e reparador. Neste sentido é necessária uma coordenação adequada entre os membros da equipa multidisciplinar, sendo o enfermeiro o elemento que melhor pode promover o ambiente terapêutico, os cuidados e as intervenções que possibilitem períodos de descanso mais longos e de melhor qualidade. Reduzir luzes e ruídos possibilita oferecer a cada doente a possibilidade de um sono com melhor qualidade. Também a sensibilização dos profissionais para uma reflexão mais aprofundada sobre a importância do sono poderá conduzir à elaboração de normas de procedimento orientadoras de cuidados e de intervenções que privilegiem a melhoria da qualidade assistencial.

O enfermeiro deve, portanto, estar consciencializado para a importância do sono/repouso do doente internado numa unidade de cuidados intensivos e para a identificação dos fatores que o afetam, por forma a adequar o seu plano de cuidados, bem como, a desenvolver as estratégias que promovam um ambiente terapêutico harmonioso que possibilite a melhor qualidade do sono/repouso de cada doente. As intervenções de enfermagem deverão ser (re)pensadas de modo a melhorar a sua qualidade assistencial nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas, indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que hoje se preconizam. Sugere-se a sensibilização das equipas de enfermagem para que, em cada contexto se criem grupos de trabalho que motivem reais momentos de discussão, partilha e reflexão na e sobre a sua praxis que, valorizem e possibilitem cada vez mais, um sono reparador que contribua para a melhor recuperação de cada doente.

A adequação entre a identificação de problemas/necessidades e o planeamento/prática de cuidados [agindo sempre com zelo e rigor profissional], acautelam a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem a cada doente [muitas vezes em situação crítica] e sua família.

Bibliografia:

Dang-Vu, T. et al (2009). *Encyclopedia of consciousness: Implications for theories of dreaming and consciousness*. Oxford: Elsevier.

Carskadon, M. & Dement, W. (2011) *Principles and practice of sleep medicine: Monitoring and staging human sleep*. Saint Louis: Elsevier Saunders.

CIPE (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Fitzpatrick, J. & Wallace, M. (2006) *Encyclopedia of nursing research*. New York: Springer Publishing Company.
- Dillon, P. (2007) *Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Nightingale, F. (1989) *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004) *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Alexopoulou, C. et al (2007) Sleep during proportional-assist ventilation with load-adjustable gain factors in critically ill patients. *Intensive Care Medicine* 33(7)1139-47.
- Beecroft, J. et al (2008) Sleep monitoring in the intensive care unit: comparison of nurse assessment, actigraphy and polysomnography. *Intensive Care Medicine* 34 (11) 2076-2083.
- Bihari, S. et al (2012) Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 8(3) 301-7.
- Delisle, S. et al (2011) Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison between NAVA and PSV modes. *Annals of Intensive Care* 1(1) 1-8.
- Fanfulla, F. et al (2005) Effects of different ventilator settings on sleep and inspiratory effort in patients with neuromuscular disease. *American Journal Of Respiratory & Critical Care Medicine* 172(5) 619-24.
- Frisk, U. & Nordström, G. (2003) Patients' sleep in an intensive care unit: patients' and nurses' perception. *Intensive and Critical Care Nursing* (19) 342-49.
- Gabor, J. et al (2003) Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 117(5) 708-15.
- Li, S. et al (2011) Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 20(3/4) 396-407.
- Little, A. et al (2012) A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anestesiologica* 78(4) 406-14.
- Monséna, M. & Edéll-Gustafsson, U. (2005) Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme. *Intensive and Critical Care Nursing* 21(4) 208-19.
- Nicolás, A. et al (2008) Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 13(1) 25-33.
- Parthasarathy, S. & Tobin, M. (2002) Effect of ventilator mode on sleep quality in critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 166(11) 1423-9.
- Richardson, A. et al (2007) Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing in Critical Care* 12(6) 278-86.

- Taştan, S. et al (2010) Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 4(1) 5-10.
- Toublanc, B. et al (2007) Assist-control ventilation vs. low levels of pressure support ventilation on sleep quality in intubated ICU patients. *Intensive Care Medicine* 33(7) 1148-54.
- Uğras, G. & Öztekin, S. (2007) Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal Of Experimental Medicine* 212(3) 299-308.
- Hardin, K. (2009) Sleep in the ICU: potential mechanisms and clinical implications. *American College of Chest Physicians* (136) 284–94.

APÊNDICE IV – Manual de Integração na ECSCP



**EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

MANUAL DE INTEGRAÇÃO

Realizado por: Enf.^a Sandra Afonso

Janeiro de 2013

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

EC CI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA – Equipas de Gestão de Altas

Etc. – Etecetera

INAL – inalador

km² – Quilómetros quadrados

n^o – número

NACL – Cloreto de sódio

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PO – per-ós

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC - subcutâneo

TD – transdérmico

Tel. – Telemóvel

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO LEGAL E CONCEPTUAL	3
2. CARATERIZAÇÃO DA ECSCP	3
3. MISSÃO E VALORES DA ECSCP	6
4. REFERENCIAÇÃO À EQUIPA	7
5. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	8
6. ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS	8
7. PROCEDIMENTOS NA ECSCP	
7.1. ADMISSÃO	10
7.2. PROCESSO INDIVIDUAL DO DOENTE	10
7.3. VISITAS DOMICILIÁRIAS.....	11
8. CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE TERMINAL.....	13
9. CARTA DOS DIREITOS DOS CUIDADORES	15
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
11. BIBLIOGRAFIA	16

0. INTRODUÇÃO

Cuidar do doente oncológico em fim de vida exige, e entenda-se que este fim de vida poderá ser de dias ou meses, o desenvolvimento de competências e requer quatro vertentes, nomeadamente o controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família; e o trabalho em equipa; sempre com o objetivo central de prevenir e aliviar o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível, tanto ao doente como ao prestador de cuidados informal. Para além da importância do papel da ECSCP, a família assume um papel primordial na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, uma vez que será a família a prestar os cuidados nas 24 horas ao doente, sendo necessário não só a capacitação e o reforço das competências desta para a prestação de cuidados e para lidar com estas situações na ausência da equipa, bem como o apoio psicológico e emocional à família. A família/cuidador(es) deve também ela própria ser objeto de cuidados, quer durante a doença, quer no luto. Para que a família possa compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos necessários que a doença e o doente determinam, esta necessita de receber apoio, informação e educação. Cuidar do cuidador é otimizar o cuidado ao doente.

1. ENQUADRAMENTO LEGAL E CONCEPTUAL

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) pertencente ao Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) III do Sotavento Algarvio, encontrando-se integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O enquadramento legal desta é feito pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Neste é referido que a “Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.” (Artigo 2.º).

A ECSCP é considerada uma equipa que presta Cuidados Paliativos de Nível I e vai de encontro aos critérios requeridos pelo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, sendo:

- Uma equipa multidisciplinar da responsabilidade do serviço de saúde com formação diferenciada em Cuidados Paliativos e que integra, no mínimo, um médico e um enfermeiro, que prestam diretamente os cuidados;
- Que tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados continuados integrados.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ECSCP

A ECSCP surgiu a 3 de dezembro de 2007 sendo a única equipa na região do Algarve. Encontra-se sediada no Centro de Saúde de Tavira, pertencendo ao Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES III) do Sotavento Algarvio, Unidade de Cuidados Continuados Talabriga (UCC) e possui um espaço físico que permite a coordenação e estruturação da sua

atividade. Assume como zonas de referência os concelhos pertencentes ao ACES III do Sotavento Algarvio (Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António). A equipa possui ainda um telemóvel próprio bem como um automóvel para se deslocar.

A equipa é constituída por:

- Três médicos a tempo parcial (seis horas diárias);
- Dois enfermeiros a tempo inteiro e um enfermeiro a tempo parcial (sete horas diárias);
- Um técnico de serviço social (a tempo parcial);
- Uma psicóloga (a tempo parcial);
- Uma administrativa (a tempo inteiro).

Usufri da colaboração de outros profissionais de saúde, quando necessário, dos centros de saúde da área de residência do doente. Presta cuidados diferenciados e especializados em articulação com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) dos diferentes concelhos da área de abrangência dando-lhes apoio de forma direta, ao assumir os doentes oncológicos em fase terminal. Pode também apoiar na forma de consultadoria qualquer profissional ou equipa que o solicite. Tem ainda a função de dar formação específica às equipas da RNCCI. Requer a colaboração da ECCI da área de residência do doente quando a ECSCP não consegue dar resposta em tempo útil para a realização de determinados procedimentos (ex.: realização de pensos). A sua ação encontra-se ainda em articulação com o Hospital de Faro e o Hospital do Barlavento Algarvio, bem como com outros hospitais do país, onde o doente também recebe apoio.

A ECSCP exerce atividade todos os dias do ano, de segunda-feira a domingo, incluindo feriados. Sendo o horário de atendimento:

- De segunda-feira a sexta-feira – das 13 às 20 horas;
- Sábado, domingo e feriados – das 8 às 15 horas.

Possui também um telemóvel de serviço que garante o atendimento dos doentes e famílias durante este horário (Tel.: 961 955 478).

A ECSCP assume que:

- ✓ **Paliar** – Vem do latim “*palliare*” e significa atenuar, aliviar, “cobrir com capa”, tornar menos desagradável. Não cura mas mitiga a doença.
- ✓ **Cuidados paliativos** – São cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por equipas específicas a doentes, no domicílio, em situação de sofrimento decorrente de

- doença oncológica severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;
- ✓ **Qualidade de vida** – Está relacionada com o grau de satisfação subjetiva que o doente e família sentem pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade: física, psicológica, social e espiritual.
 - ✓ **Dignidade humana** – É o valor particular que têm todas as pessoas, como pessoas que são, de direitos, com emoções e sentimentos próprios, são pessoas de vontades e de desejos, de ambições, de sonhos; é a particularidade de cada um como ser humano.
 - ✓ **Valores** – É aquilo em que o doente acredita e tem como necessidade para se sentir bem, é o que o motiva no querer. Há valores que já estão incutidos na sociedade, mas outros são aquilo que o doente considera como valendo a pena, que lhe dá prazer e satisfação: o gosto em conviver, gostar de segurança, estabilidade social, etc.
 - ✓ **Doente** – É considerado como um ser único com as suas múltiplas dimensões bio psicofisiológica, social e espiritual, formando uma unidade, ou seja, é única e indissociável do seu contexto, estando em constante interação com o seu ambiente.
 - ✓ **Família/Cuidador informal** – A pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima que, tendo ou não laços de parentesco com o doente, se responsabilizam e asseguram a prestação de cuidados básicos regulares e não especializados, ditos informais.
 - ✓ **Cuidados informais** – São todos os cuidados prestados ao doente, por uma pessoa por ele designada ou por um representante legal.
 - ✓ **Domicílio** – A residência particular ou familiar, onde habitualmente reside ou onde passará a residir a pessoa em situação de dependência.
 - ✓ **Equipa Interdisciplinar** – Equipa com objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.
 - ✓ **Equipa multidisciplinar** – Todos os elementos profissionais que complementam a atuação entre diferentes especialidades profissionais.
 - ✓ **Dependência** – Designa a situação em que se encontra o doente que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada pela doença oncológica, não consegue, por si só, realizar atividades da vida diária;
 - ✓ **Funcionalidade** – A capacidade que o doente possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.

- ✓ **Obstinação ou Futilidade diagnóstica ou Terapêutica** – São todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença oncológica, e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família.

Esta equipa formou-se e iniciou o seu trabalho com base em alguns pressupostos:

- Assistir uma área geográfica de 1554,4 km²;
- Assistir uma população com cerca de 61 mil habitantes;
- Integrar-se nos serviços da Administração Regional de Saúde do Algarve cumprindo as normas e orientações do Ministério da Saúde;
- Constituir-se como equipa multidisciplinar, mas trabalhando de uma forma interdisciplinar;
- Elaborar as regras de funcionamento de acordo com as orientações fornecidas pela comissão de trabalho do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) de 2010.

3. MISSÃO E VALORES DA ECSCP

A missão da ECSCP consiste em:

- ✓ Prestar cuidados ativos especializados, coordenados e globais, a doentes adultos e suas famílias/cuidadores informais, em contexto domiciliário, em situação de sofrimento decorrente de doença oncológica avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a qualidade de vida, até à sua morte.

Tem como objetivos:

- ✓ Abordar de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente e da família;
- ✓ Prevenir, eliminar ou atenuar sintomas decorrentes da doença que deterioram a qualidade de vida, tentando melhorar, sempre, as condições de vida do doente e da família;
- ✓ Acompanhar com disponibilidade o doente e família tendo como base o rigor científico, a humanidade e a compaixão;
- ✓ Reconhecer e aceitar as prioridades e valores próprios dos doentes e famílias;
- ✓ Permitir que o fim de vida seja um momento de reconciliação e crescimento pessoal do doente e família;
- ✓ Não antecipar nem atrasar a morte;

- ✓ Procurar o bem-estar do doente e família, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim;
- ✓ Manter e promover a autonomia do doente até ao fim;
- ✓ Permitir a escolha do doente e da família do local de falecimento;
- ✓ Apoiar o doente e a família durante o processo de luto;
- ✓ Manter a dignidade do doente mesmo após a sua morte;
- ✓ Trabalhar em equipa de uma forma interdisciplinar;
- ✓ Contribuir para a formação contínua e avançada em Cuidados Paliativos.

A ECSCP assume ainda como princípios:

- ✓ Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- ✓ Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- ✓ Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- ✓ Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- ✓ Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- ✓ Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- ✓ Consideração pelas necessidades individuais dos doentes e suas famílias;
- ✓ Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- ✓ Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- ✓ Garante a continuidade de cuidados.

4. REFERENCIAÇÃO À EQUIPA

A referenciação dos doentes a quem são prestados cuidados paliativos no domicílio, é feita através do:

- a) Preenchimento do formulário de referenciação dos cuidados continuados (Formulário para Ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados), disponível nos centros de saúde da área de residência, pelo médico de família ou quem o substitua;
- b) Se o doente se encontra em meio hospitalar, no serviço de urgência, em internamento, ou é seguido pela Consulta Externa, o médico assistente poderá dirigir ao médico de

família a informação clínica e a solicitar o encaminhamento do doente para a ECSCP, seguindo posteriormente a alínea a).

- c) Doentes referenciados pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) através do sistema informático dos diversos hospitais do país, são diretamente encaminhados para a Equipa Coordenadora Local (ECL);
- d) Doentes provenientes da RNCCI.

Posteriormente ao preenchimento do formulário, este será enviado pela equipa de saúde que apoia o doente à ECL e desta é encaminhado para a ECSCP através de suporte de papel. É da ECSCP a responsabilidade de determinar a admissão do doente, tendo a equipa de efetivar essa admissão no período de 48 horas, seguindo os critérios de admissão, exceto se a equipa não conseguir dar resposta devido ao número de doentes que exceda a sua capacidade (≤ 15), ou estado clínico agravado dos doentes já admitidos que não permita dar resposta dentro deste tempo.

5. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Os cuidados paliativos prestados pela ECSCP baseiam-se nos critérios admitidos pelo PNCP de 2010, destinando-se aos doentes que, cumulativamente:

- a. Tenham doença oncológica avançada e progressiva;
- b. Não tenham perspetiva de tratamento curativo;
- c. Tenham problemas e necessidades de difícil resolução que exijam apoio específico, organizado e interdisciplinar;
- d. Apresentem sintomas e necessidades complexas de difícil resolução e que ultrapassem a capacidade das equipas de cuidados continuados;
- e. Aceitem, em conjunto com a família/cuidador, os cuidados prestados pela Equipa;
- f. Tenham um cuidador capaz e disponível;
- g. Tenham domicílio na área do ACES do Sotavento.

6. ACESSIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

Na prestação de Cuidados Paliativos é necessária uma grande variedade de medicamentos considerados como fundamentais para a boa prática dos cuidados, incluindo os opióides. Toda a medicação é fornecida pela farmácia da ARS Algarve. A prescrição, e controlo da utilização de medicamentos opióides nos Cuidados Paliativos regula-se pelas leis, normas profissionais e orientações técnicas em vigor. Esta dispõe de uma variedade de medicação que é transportada em mala própria, no veículo disponibilizado à equipa, tendo o seu transporte sido autorizado pelo Diretor Executivo do ACES. O registo da utilização dos opióides é realizada em anexo próprio (designado de Anexo X), contendo o nome do doente, a posologia,

a data de administração bem como a assinatura de quem administra. A restante medicação (não opióides) apenas requer registo para controlo e reposição de *stock*.

Seguidamente será apresentada uma tabela com a medicação existente em *stock* na ECSCP e que mais comumente é utilizada em Cuidados Paliativos:

<u>Medicação existente em stock</u>		
<u>Protetores gástricos</u>	<u>Anti hipertensores</u>	<u>Analgésicos e antipiréticos</u>
Pantoprazol - Comprimidos	Amlodipina – Comprimidos	Paracetamol – Comprimidos e Supositório Retal
Sucralfato - Suspensão Oral	Captopril – Comprimidos	
<u>Antieméticos e anti vertiginosos</u>	Espirinolactona – Comprimidos	<u>Anti-inflamatórios</u>
Domperidona – Comprimidos e Suspensão Oral	Furosemida – Comprimidos e Solução Injetável	Diclofenac – Comprimidos
		Ibuprofeno – Comprimidos
Granisetron - Comprimidos	Nifedipina – Cápsulas	<u>Corticosteroide</u>
Metoclopramida – Comprimidos e Solução Injetável	<u>Simpaticomimético</u>	Dexametasona – Comprimidos e Solução Injetável
	Adrenalina – Solução Injetável	
Ondastron - Comprimidos	<u>Laxantes</u>	<u>Glucocorticoide</u>
<u>Psicofármacos</u>	Picossulfato de sódio – Solução Oral	Prednisolona – Comprimidos
Amitriptilina – Comprimidos	Gotas	<u>Opióides</u>
Haloperidol – Solução Oral, Comprimidos e Solução Injetável	Bisacodilo – Comprimidos e Supositório Retal	Buprenorfina – Transdérmico
		Fentanilo – Transdérmico e Pastilha Bucal
Levomepromazina – Solução Injetável	Clyss-go – Solução Retal	Morfina – Comprimidos, Solução Injetável, Ampolas Bebíveis e Solução Oral Gotas
	Lactulose – Solução Oral	
Mirtazapina – Comprimidos	Loperamida – Comprimidos	<u>Antiespasmódico</u>
Olanzapina – Comprimidos	Macrogol – Pó para solução oral	
Paroxetina – Comprimidos	Micro-Clister de glicerina – Gel Retal	Atropina – Solução Injetável
Quetiapina – Comprimidos		Butilescopolamida – Comprimidos e Solução Injetável
Trazadona – Comprimidos	Sene – Comprimidos	<u>Antiepiléptico/anti convulsivante</u>
<u>Ansiolíticos e sedativos</u>	<u>Antibióticos</u>	
Bromazepam – Comprimidos	Ceftriaxona – Solução Injetável	Gabapentina – Cápsulas
Diazepam – Solução Injetável	Claritromicina – Comprimidos	<u>Anti-hemorrágico</u>
Lorazepam – Comprimidos	Flucloxacilina – Cápsulas	
Midazolam – Comprimidos e Solução Injetável	Amoxicilina – Comprimidos	Ácido aminocapróico – Pó para Solução Oral
	Amoxicilina+Ác. Clavulânico – Comprimidos e Solução Oral	
Temazepam – Cápsulas	<u>Bifosfonatos</u>	Ácido zoledrónico – Solução Injetável
Triazolam – Comprimidos	Fluconazol – Cápsulas	
<u>Aparelho respiratório</u>	Metronidazol – Comprimidos e Pomada	<u>Antidislipidémico</u>
Salbutamol – Suspensão para Nebulização	<u>Antibacteriano</u>	Colestiramina – Pó para Solução Oral
Brometo de Ipratrópio – Suspensão para Inalação	Bactrim forte – Comprimidos	
		Cotrimoxazol – Comprimidos
Acetilcisteína – Comprimidos Efervescentes	<u>Antifúngico</u>	Hidroxizina – Comprimidos
	Nistatina – Solução Oral	<u>Intoxicações por Narcóticos</u>

<u>Anti anémico</u>	<u>Progestagéneo</u>	Naloxona – Solução Injetável
Sulfato ferroso – Comprimidos	Megestrol – Comprimidos	<u>Anestésico</u>
<u>Anticoagulante</u>	<u>Aparelho geniturinário</u>	Lidocaina – Solução Injetável
Heparina sódica – Solução Injetável	Tamsulosina – Comprimidos	<u>Soluções Injetáveis</u>
		Cloreto de sódio 0,9%
		Dextrose 5% em NaCl

7. PROCEDIMENTOS NA ECSCP

7.1. ADMISSÃO

Antes da admissão dos doentes na equipa é necessário haver uma proposta de referenciação para ingresso, através dos meios anteriormente descritos. Após esta referenciação o doente será avaliado pelo médico e enfermeiro da equipa, através do preenchimento dos critérios de admissão. Se o doente for aceite, este ou o seu representante legal terão de preencher o formulário de consentimento informado, autorizando a admissão na ECSCP.

7.2. PROCESSO INDIVIDUAL DO DOENTE

Do processo do doente, que é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável, deve constituir:

1. Folha com a identificação do doente;
2. Folha de avaliação para admissão na equipa;
3. Consentimento informado;
4. Folha de avaliação inicial;
5. Folha de terapêutica;
6. Diário clínico;
7. Registos de enfermagem;
8. Folha de registos do serviço social;
9. Folha de registo da psicóloga;
10. Avaliação da dor;
11. Folha com sistema de Edmonton para avaliação sintomática;
12. Folha com registo de opióides;
13. Folha com registo das visitas domiciliárias;
14. Folha de consultas telefónicas de enfermagem;

O processo do doente deve ser constantemente atualizado, sendo que os registos de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, devem ser datados e assinados, de forma legível, pelo seu autor.

7.3. VISITAS DOMICILIÁRIAS

Antes de se efetivar as visitas domiciliárias, diariamente a ECSCP contacta telefonicamente os doentes/famíliares/cuidador informal para saber do estado atual do doente e sua família ou resultado de terapêutica instituída recentemente e controlo dos sintomas. A partir daqui traça o seu plano de trabalho diário.

Nas visitas domiciliárias deve-se:

- a) Respeitar a forma como o doente quer ser tratado: nome de batismo, apelido, etc.;
- b) Utilizar uma linguagem clara e adaptada à capacidade de compreensão do doente e família, transmitindo a informação quantas vezes for necessário até a equipa e/ou a família considerar que foi compreendido;
- c) Fornecer ao doente e família/cuidador informal o folheto informativo com os dados da ECSCP, horário de funcionamento e contato;
- d) Realizar a avaliação inicial do doente (estado em que se encontra, sinais e sintomas referidos, terapêutica habitual, hábitos de vida diários, fatores que afetam atividades de vida diária como: fatores individuais, hábitos, rotinas, papel, padrões de comportamento; contextos culturais, físicos, ambientais, sociais e espirituais; capacidades motoras, comunicação/interação) e família (como é constituída, qual/quais o/s cuidador/es, capacidade do cuidador, nível de exaustão, etc.), e reavaliar em cada visita;
- e) Avaliar a integridade cutânea proporcionando ensinamentos ao doente e família acerca da higiene e cuidados à pele;
- f) Avaliar o estado nutricional e adequar a alimentação às necessidades nutricionais do doente;
- g) Proporcionar ensinamentos acerca dos alimentos a confeccionar e como confeccionar, consoante as necessidades/problemas do doente, bem como o correto posicionamento do doente para a alimentação, prevenindo complicações;
- h) Observar a língua, coloração e humidade, e a presença de áreas inflamadas nas gengivas, presença de fungos, integridade da mucosa oral;
- i) Ensinar sobre a dentição e problemas de higiene oral, implementando medidas para a sua prevenção;
- j) Respeitar os hábitos de vida diários, momentos de lazer, sem interromper essas atividades, exceto quando extremamente necessário;
- k) Registrar ausências do doente e família/cuidador informal, para que se possam planear as visitas domiciliárias;
- l) Garantir a melhor qualidade de vida possível, promovendo a autonomia e independência funcional através: da identificação de necessidades, potencialidades, recursos e limitações; do desenvolvimento de um plano de cuidados; do fornecimento de ajudas técnicas

necessárias à promoção de autonomia (ex.: cama articulada, cadeira sanitária, etc.); e da realização de ensinamentos ao doente e família;

- m) No caso de serem emprestadas ajudas técnicas, estas terão que ser registadas, separadamente, em folha própria, com a assinatura deste ou do representante legal assim como a do enfermeiro que fornece. Posteriormente será tirada fotocópia e esta anexada em dossiê próprio. A fotocópia original será entregue ao funcionário responsável por guardar o material;
- n) Avaliar a marcha e a mobilização e compensar, modificar ou adaptar o ambiente, com o objetivo de proporcionar um ambiente físico seguro melhorando o desempenho do doente e facilitando a prestação de cuidados pela família, prevenindo a queda e consequentemente fraturas;
- o) Avaliar a necessidade de estratégias para a prevenção de úlceras por pressão (acondicionamento da cama para a tornar mais confortável, fornecimento de colchão de pressão alterna, etc.) e ensinar a família a posicionar o doente, evitando longos períodos de tempo na mesma posição;
- p) Envolver o doente e familiares/cuidadores informais no plano de cuidados, respeitando as suas capacidades, necessidades e preferências;
- q) Capacitar o familiar/cuidador informal para o cuidado ao doente, através da realização de ensinamentos adequados;
- r) Realizar a avaliação sistemática e contínua do estado de saúde do doente e necessidades quer presencial, quer através de contacto telefónico;
- s) Proporcionar respostas organizadas e flexíveis de acordo com as necessidades e preferências dos utentes;
- t) Proporcionar ao doente as condições possíveis para continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas atividades, ainda que de uma forma adaptada;
- u) Ter em conta a gravidade, natureza e estabilidade da doença, bem como o seu impacto a curto ou médio prazo da dependência presente na capacidade para o desempenho nas atividades que são importantes para o doente;
- v) Ter em conta a compreensão que o doente tem da sua situação clínica, bem como as expectativas em relação aos cuidados ministrados;
- w) Ensinar à família e doente a administração de medicação por via PO, por via retal e por via SC;
- x) Identificar e organizar, de forma perceptível para o doente/família, a medicação, sem que provoque erros na administração;
- y) Fornecer ao doente e família a posologia da medicação em folha própria;
- z) Rever em cada visita a medicação, proporcionando ajustes de acordo com prescrição;

- aa) Fornecer medicação disponibilizada pela ARS Algarve ao doente;
- bb) Respeitar a vontade, intimidade, privacidade e confidencialidade do doente em todos os cuidados prestados;
- cc) Promover vestuário adequado para encorajar independência e promover conforto e higiene pessoal;
- dd) Implementar medidas para a promoção de bem-estar e equilíbrio emocional: promover estratégias de desenvolvimento de sensação de autocontrolo, segurança interna e externa - promoção da autoconfiança e autoestima e estimular rotinas positivas e gratificantes;
- ee) Informar o doente que poderá ter o apoio de um psicólogo, se assim o desejar;
- ff) Proporcionar em cada visita as condições necessárias que permitam o desenvolvimento de uma comunicação eficaz com o doente e utilizar técnicas básicas da comunicação como a escuta ativa, a compreensão empática e o *feedback*, dando oportunidade para a partilha de sentimentos;
- gg) Deixar com a família uma Carta com informação clínica do doente, explicar a sua funcionalidade (caso o doente se desloque ao hospital ou em caso de falecimento, na ausência da equipa), e atualizá-la à medida que for necessário;
- hh) Explicar à família os procedimentos a realizar aquando do falecimento do familiar doente;
- ii) Apoiar a família no processo de luto, aquando do falecimento do doente, bem como em visitas domiciliárias após o falecimento (a família é acompanhada pela equipa durante um ano após a morte do doente).

No caso de exaustão/vontade do cuidador ou no caso de desejo do doente, este será referenciado para a Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Em caso de agravamento da situação clínica do doente, este será encaminhado para o Serviço de Urgência do Hospital de Faro.

8. CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE TERMINAL

Esta carta não tem valor jurídico, mas enumera intenções regulamentares que apresentam uma síntese dos direitos dos doentes terminais. Os doentes têm direitos que devem ser respeitados, sendo estes:

1. Ser tratado como pessoa humana até ao fim da vida: ou seja, todo o ser humano possui um valor e uma dignidade intrínseca, que não se perde pelo facto de estar próximo da morte – a dignidade da pessoa humana é o valor básico em que assenta a ordem jurídica portuguesa (artigo 1º da Constituição da República Portuguesa);
2. Manter um sentimento de esperança qualquer que seja a alteração que lhe sobrevenha;

3. Ser cuidado por pessoas capazes de manter o sentimento de esperança perante qualquer mudança que aconteça;
4. Expressar os seus sentimentos e emoções relacionados com a própria morte;
5. Participar nas decisões que dizem respeito aos seus cuidados: subjacente a este direito está a defesa da autonomia do doente enquanto pessoa humana – o direito de receber informação (ou o de não ser informado) para que possa participar na escolha dos cuidados que lhe são prestados ou que poderiam ser (desde que não contribua para o prejuízo de terceiros) ou mesmo de não os receber (direito à recusa de tratamento);
6. Receber atenção da equipa médica e de enfermagem, mesmo que seja evidente a impossibilidade de cura;
7. Não sofrer indevidamente: o que implica a utilização dos meios necessários para combater a dor;
8. Receber respostas adequadas e honestas às perguntas: isto é, ter a possibilidade de receber de maneira gradual e respeitosa a informação que possa integrar (direito à verdade);
9. Manter a individualidade e não ser julgado pelo facto de que as suas decisões possam ser contrárias às dos que o assistem;
10. Manter e expressar a sua fé, numa perspetiva de liberdade religiosa; toda a pessoa doente tem direito a partilhar as suas convicções, a ter assistência religiosa ou a prescindir dela;
11. Manter a sua hierarquia de valores e de não ser discriminado;
12. Ser cuidado por profissionais competentes e sensíveis na sua profissão, capazes de comunicar, e que se esforcem por compreender as necessidades adequadas a cada momento e que encontrem satisfação pessoal ao ajudarem quando confrontados com a morte do doente;
13. Ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo da doença e no momento da morte, o direito a não morrer só;
14. Seja respeitada a dignidade do corpo humano depois da morte.

Morrer em paz e com dignidade: todo o ser humano tem direito a viver a sua própria morte, com a assistência humana e médica adequada às suas necessidades e a morrer no seu ambiente familiar. Caso não seja possível, num ambiente o mais próximo do seu.

9. CARTA DOS DIREITOS DOS CUIDADORES

Esta carta não tem valor jurídico, mas enumera os direitos dos familiares/cuidador(es) dos doentes terminais, que são eles o direito a:

- a. Dedicar tempo e atividades a eles próprios, sem sentimentos de culpa;
- b. Experimentar sentimentos negativos por verem o familiar doente ou por estares a perder um ente querido;
- c. Procurar soluções que se ajustem de forma razoável às suas necessidades e aos seus entes queridos;
- d. Serem tratados com respeito por aqueles a quem eles solicitam conselhos e ajuda;
- e. Cometer erros e serem desculpados por eles;
- f. Serem reconhecidos como membros valiosos e fundamentais na família, incluindo quando os seus pontos de vista são distintos dos profissionais;
- g. Amarem-se a eles próprios e a admitir que fazem o que é humanamente possível;
- h. Aprender e a dispor do tempo necessário para aprenderem;
- i. Admitir e expressar sentimentos, tanto positivos como negativos;
- j. “Dizer não” a exigências excessivas, inapropriadas ou irrealistas;
- k. Seguir com a sua vida.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Manual de Integração decorreu no âmbito do estágio Opcional, Módulo III, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Foi elaborado de acordo com a Norma Portuguesa 405, sendo a metodologia utilizada: a pesquisa bibliográfica, a observação direta em contexto de estágio e a análise / reflexão em torno das atividades desenvolvidas.

11. **BIBLIOGRAFIA**

- ✓ ASTUDILLO, Wilson [et al] – **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastian: Sociedade Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. ISBN 978-84-933596-3-8.
- ✓ Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho. “D.R. I Série-A”. 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- ✓ Lei n.º 52/2012 – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. “D.R. I Série”. 172 (2012-09-05) 5119-5124.
- ✓ BARBOSA, António & NETO, Isabel – **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- ✓ Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – **Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua** [Em linha]. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), Agosto de 2011. [Consult. 17 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL:http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf
- ✓ PNCP – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** [Em linha]. 2010. [Consult. 17 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL:http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/cuidados+paliativos.htm
- ✓ TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

APÊNDICE V – Documentos da Sessão de formação sobre: Comunicar em Cuidados
Paliativos



TEMA: Comunicar em Cuidados Paliativos – Que intervenções para melhorar a qualidade assistencial?

GRUPO A QUE SE DESTINA: Enfermeiros

LOCAL: Sala de apresentações do serviço de Cirurgia II **DATA:** 09/01/2013 às 15:00

Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Recursos
1. Solidificar conhecimentos acerca da comunicação;	<ul style="list-style-type: none">Definição de comunicação;Explicação dos mecanismos intervenientes da comunicação;Explicação dos diversos tipos de comunicação:<ul style="list-style-type: none">VerbalNão-verbal	Método expositivo; Apresentação em Power Point.
2. Apresentar algumas das competências básicas na comunicação em cuidados paliativos;	<ul style="list-style-type: none">Enumeração das competências defendidas por Querido, Salazar e Neto (2010):<ul style="list-style-type: none">Escuta ativaCompreensão empáticaFeedback	
3. Identificar um dos principais problemas na prática de cuidados paliativos: comunicar vs informar;	<ul style="list-style-type: none">Reflexão acerca da Conspiração do Silêncio;Reflexão acerca de informar ou não o doente sobre o seu diagnóstico/prognóstico:<ul style="list-style-type: none">De acordo com a agenda do doente, as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas.	
4. Nomear as necessidades da família do doente terminal;	<ul style="list-style-type: none">Exposição de algumas das necessidades da família do doente terminal, identificadas na literatura;	
5. Identificar as intervenções de enfermagem na abordagem à família.	<ul style="list-style-type: none">Enumeração de algumas das atividades que os enfermeiros devem ter em conta na abordagem à família do doente terminal.	
No final da apresentação, a Enfermeira Graça irá dar o seu parecer sobre o assunto abordado, remetendo para a sua experiência ao nível da comunicação em cuidados paliativos.		

Por: Sandra Afonso nº192011029 | Professora Orientadora: Patrícia Pontífice | Enfermeira Orientadora: Graça Santos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACES III – Sotavento Algarvio

Comunicar em Cuidados Paliativos

Por:
Enf.^a Sandra Afonso

9 de Janeiro de 2013

Sob Orientação de:
Prof.^a Patrícia Pontífice
Enf.^a Graça Santos

Objetivos:

- Solidificar conhecimentos acerca da comunicação;
- Apresentar algumas das competências básicas na comunicação em cuidados paliativos;
- Identificar um dos principais problemas na prática de cuidados paliativos: comunicar vs informar;
- Nomear as necessidades da família do doente terminal;
- Identificar as intervenções de enfermagem na abordagem à família.

Cuidados Paliativos

A tríade básica dos cuidados paliativos é a:

- Comunicação eficaz;
- Controle dos sintomas;
- Apoio à família.

(Twycross, 2003)

A Comunicação

- “processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (p.23).
(Phaneuf, 2005)
- “A comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre quem as rodeia” (p.462).

(Querido, Salazar e Neto, 2010)



O Doente em Fim-de-Vida

- “comunicar eficazmente constitui uma necessidade básica na atenção ao doente/família em cuidados paliativos” (p. 462).
- “A abordagem do doente em cuidados paliativos centra-se na identificação e resposta ativa às necessidades que determinam o seu sofrimento” – condicionado pelos fatores: físicos, psicológicos, culturais, sociais e espirituais. (p. 467)

(Querido, Salazar e Neto, 2010)



Competências básicas na comunicação em cuidados paliativos

(Lazure, 1994; Twycross, 2003; Querido, Salazar e Neto, 2010)

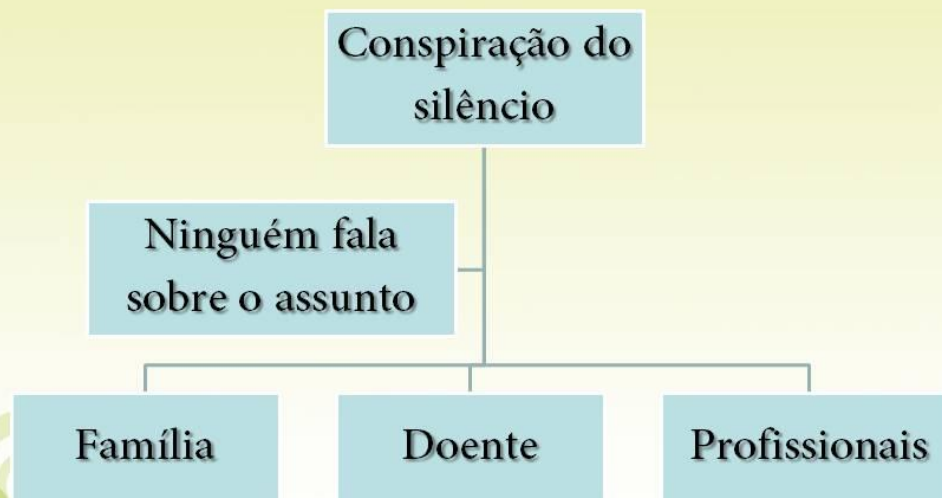
Comunicar com o Doente

Os doentes em cuidados paliativos necessitam:

- De comunicar;
 - De ser escutados;
 - De relatar a sua própria história.
- No entanto, não é fácil falar com um doente terminal, cria embaraço e desconforto, sendo que o silêncio pode tornar-se mais confortável para quem cuida.

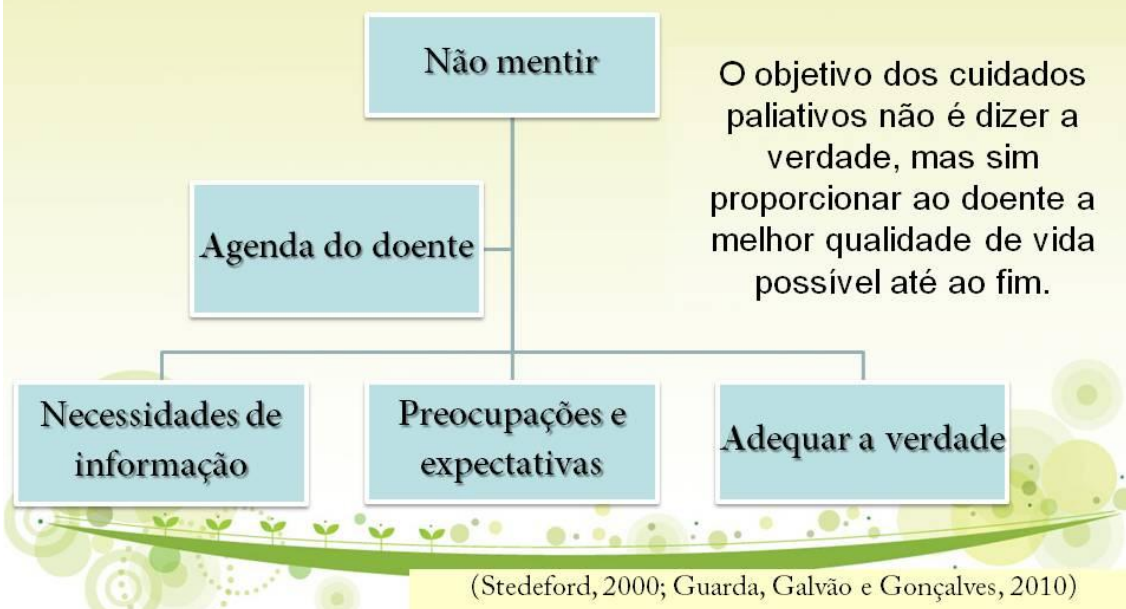
fppt.com

Comunicar vs Informar



(Stedeford, 2000)

Comunicar vs Informar



A Família do Doente Terminal



Necessidades da Família

Estar próximo;

Sentir-se útil;

Poder expressar os seus sentimentos e angústias;

Ter consciência das modificações do quadro clínico;

Assegurarem-se que o melhor cuidado está a ser proporcionado;

(Soares, 2007)

Necessidades da Família (cont.)

Ter garantias do controle do sofrimento e da dor;

Ajudar nos cuidados ao doente;

Resposta honesta, de forma clara e simplificada às questões colocadas;

Sentirem que os profissionais de saúde se preocupam com o doente;

Sentir que há esperança.

(Soares, 2007)

No hospital os enfermeiros devem:

- Promover o acompanhamento do doente pela família, facultando a sua permanência no serviço por um período alargado de tempo
- Proporcionar um ambiente calmo e cuidado, demonstrando uma atitude individualizada
- Estar atentos, proporcionar ao familiar cuidador tempo para si mesmo, e solicitar a colaboração da família quando a sua presença é mais necessária
- A família deve ser integrada na prestação de cuidados, se assim o desejar.

(Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010)

No hospital os enfermeiros devem:

- Reconhecer a revolta e agressividade demonstrada pelos familiares como não sendo um ataque pessoal ou institucional, mas como uma forma de demonstrar dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam
- Cuidar da família do doente terminal passa sobretudo por saber ouvir, mostrar disponibilidade e compreensão
- Procurar compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares e criar condições para que a família e o doente possam verbalizar os seus sentimentos, receios e angústias

(Guarda, Galvão e Gonçalves, 2010)

Preparação para a alta:

- Saber os recursos disponíveis da sociedade que prestem apoio aos doentes terminais, para uma eventual alta para domicilio;
- Dar a conhecer a ECSCP – ACES Sotavento;
- Se eventualmente o doente vier a ter alta:
 - Averiguar condições de habitabilidade e cuidadores disponíveis;
 - Informar a família sobre modificações do quadro clínico e o inevitável agravamento do estado do doente e das necessidades emergentes;
 - Realizar ensinamentos sobre os cuidados a prestar ao doente, no domicilio

fppt.com

«O pior da doença é a impessoalidade a que ela nos reduz. Sem nenhuma espécie de vontade preservada - quanto à intimidade, devassada por dentro e por fora, nem é bom falar disso - o indivíduo sente-se apenas um manequim dorido, que mãos estranhas ou familiares manobram com a doçura de uma paciência exausta. Um manequim que geme, que abre e fecha os olhos, que toca campainhas, mas que tem a sua realidade fisiológica longe de si, reduzida a gráficos e a tabelas. Dum ser afirmativo e facetado, resta uma passividade amorfa, almofada entre almofadas, onde se espetam agulhas ritualmente. E, embora pareça estranho, o que nestas ocasiões mais se deseja é não melhorar: é simplesmente ascender de farrapo humano a homem ou deixar de existir»

(Torga, 1999; p.314)

Referências Bibliográficas

- GUARDA, Hirondina, GALVÃO, Cristina; GONÇALVES, Maria – 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. ISBN 978-972-9349-21-8. p.751-760.
- HANSON, Shirley May – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972- 8383-83-5.
- LAZURE, Hélène – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-9539-5-2.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3
- 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. ISBN 978-972-9349-21-8. p.461-485.
- SOARES, Márcio – Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. ISSN 0103-507X.19:4 (2007) 481-484.
- STEDEFORD, Averil – A comunicação em caso de doença terminal e de morte. In CORNEY, Roslyn – **O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina**. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN 972-95908-2-6. p.81-100.
- TORGA, Miguel – **Diário : Vols. V a VIII**. Alfragide: Publicações Dom Quixote, 1999. ISBN 9789722049849.
- TWYCCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

fppt.com



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACES III – Sotavento Algarvio

Comunicar em Cuidados Paliativos

Por:
Enf.^a Sandra Afonso

9 de Janeiro de 2013

Sob Orientação de:
Prof.^a Patricia Pontifice
En.^a Graça Santos



TEMA: Comunicar em Cuidados Paliativos – Que intervenções para melhorar a qualidade assistencial?

GRUPO A QUE SE DESTINA:

Enfermeiros

LOCAL: Sala de apresentações do serviço de Cirurgia II

DURAÇÃO: 20 minutos

Profª Orientadora: Patrícia Pontífice

Formador: Sandra Afonso

DATA: 09/01/2013 às 15:00

Enfermeira Orientadora: Graça Santos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Categoria Profissional e serviço onde trabalha:

Anos de Profissão:

Na sua avaliação, utilize a seguinte Escala de Likert:

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

	1	2	3	4
1. Ao apresentar-se nesta formação os seus conhecimentos sobre a temática abordada eram:				
2. Esta formação correspondeu às suas expectativas, tendo sido útil?				
3. Os objetivos da formação eram claros?				
4. Os Meios audiovisuais utilizados foram adequados?				
5. A duração da formação foi adequada?				
6. O formador transmitiu com clareza o tema abordado?				
7. O formador domina o assunto que expôs?				
8. No final da apresentação, considera os seus conhecimentos sobre o tema:				
9. Classifica a Sessão de Formação em:				

Muito Obrigada!

RESULTADO DA FORMAÇÃO: COMUNICAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

OBJETIVO: Com esta sessão de formação pretendíamos sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da comunicação com as pessoas em fim de vida e seus familiares, uma vez que esta foi uma necessidade identificada e referida por alguns colegas e pelo Enfermeiro Chefe.

MÉTODO: Expositivo

QUESTIONÁRIO: Foi baseado na escala de Likert, com quatro níveis de classificação (insuficiente, suficiente, bom e excelente) e nove perguntas.

RESULTADOS

O tema do trabalho apresentado teve a duração de 20 minutos e centrou-se na dificuldade em comunicar com as pessoas em cuidados paliativos e a sua família/cuidador.

- Total de Enfermeiros presentes: 16 (num total de 28) (87,5% Licenciados + 12,5% Especialistas)
- Média de anos de profissão: 6,43 anos

Pergunta/Nível	1	2	3	4
1	3 (18,75%)	5 (31,25%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
2		1 (6,25%)	5 (31,25%)	11 (68,75%)
3			2 (12,5%)	13 (81,25%)
4		1 (6,25%)	5 (31,25%)	10 (62,5%)
5			2 (12,5%)	14 (87,5%)
6		1 (6,25%)	1 (6,25%)	14 (87,5%)
7		1 (6,25%)	1 (6,25%)	14 (87,5%)
8			10 (62,5%)	6 (37,5%)
9		1 (6,25%)	2 (12,5%)	13 (81,25%)

A sessão teve uma adesão de 87,5% de enfermeiros licenciados e 12,5% de enfermeiros especialistas (num total de 28), sendo que a média de anos de serviço foi de 6,43 anos. Após a sessão foi realizada uma avaliação que permitiu identificar as necessidades formativas na área de especialização, compreendendo a sua importância e pertinência. Quando questionados relativamente aos conhecimentos prévios sobre a temática abordada, 37,5% dos enfermeiros responderam que era “Bom” e 31,25% que era “Suficiente”; no que toca ao corresponder às expectativas e à utilidade, 68,75% responderam “Excelente” e 31,25% “Bom”. A questão relacionada com a clareza dos objetivos foi classificada como “Excelente” por 81,25%. Os meios audiovisuais utilizados foram classificados como “Excelente” por 62,5% dos enfermeiros. No que concerne à duração da formação, segundo 87,5% dos enfermeiros classificou como “Excelente”, tendo decorrido dentro do tempo previsto. No que toca ao formador, 87,5%

referiram que este transmitiu com clareza o tema abordado e que domina o assunto, tendo classificado como “Excelente”. No final da apresentação, 62,5% classificou os conhecimentos como “Bom” e 37,5% como “Excelente”, sendo que isto indica que a formação foi importante e que contribuiu para a aquisição de conhecimentos, uma vez que houve uma melhoria significativa entre os resultados antes da formação e os após a formação. 81,25% classificaram a formação de maneira geral como “Excelente”.

DISCUSSÃO

A pertinência do tema centrou-se na dificuldade em comunicar com este tipo de doentes e com a sua família. Perante um doente terminal, e quando questionados sobre diversos aspetos do processo de saúde/doença do individuo, os enfermeiros não deverão mentir ao doente em fase terminal. Na sessão foram abordadas algumas das competências básicas usadas na comunicação, a importância de comunicar “com base na agenda do doente, isto é, de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas” (p.464) e a importância de averiguar a necessidade de informação, equacionando a verdade e adequando-a à capacidade que a pessoa tem de a interiorizar e incorporar na experiência de vida (Querido, Salazar e Neto, 2010), ocultando aquela informação que poderá naquele momento ser-lhe prejudicial (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Há que ter em conta o contexto e a pergunta que é realizada pelo doente, nomeadamente se ele perguntar “vou ficar bem?”, ele poderá, naquele momento estar a referir a um determinado sintoma, e não ao estado geral, pelo que se deve averiguar exatamente ao que ele se refere (Stedeford, 2000). Foram ainda abordadas algumas das competências básicas usadas na comunicação, aspeto já refletido na reflexão anterior.

A média de anos de serviço (6,43 anos) aponta para o facto de esta ser uma equipa bastante jovem e como tal, com pouca experiência. Esta experiência limitada pode interferir com os cuidados prestados às pessoas, sendo que Benner (2001) refere que a experiência profissional e contextual acarreta o desenvolvimento de competências. Esta avaliação da sessão permitiu compreender quais eram os conhecimentos dos colegas enfermeiros relativamente à comunicação antes da sessão e após esta, compreendendo a sua importância e pertinência. No entanto, a comunicação em cuidados paliativos é uma área muito abrangente, sendo que apenas foi abordada uma pequena parte, fazendo a ponte com algumas das situações vivenciadas. Foi também fornecido um dossiê para consulta, com a sessão de formação, bem como toda a informação considerada pertinente acerca do tema desenvolvido, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos colegas de trabalho.

Referências Bibliográficas

- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer CJ 194/2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem** [Em linha]. Conselho Jurisdicional, 2010. [Consult. 30 Nov. 2012] Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20-%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf
- 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, 2010. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 461-485.
- STEDEFORD, Averil – A comunicação em caso de doença terminal e de morte. In CORNEY, Roslyn – O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN 972-95908-2-6. p. 81-100.

APÊNDICE VI – Ficha de Leitura: Necessidades dos doentes em fim de vida

FICHA DE LEITURA: NECESSIDADES DOS DOENTES EM FIM DE VIDA

Título: Maslow's Hierarchy of Needs: a framework for achieving human potential in hospice.

Titulo da publicação em série: Journal of palliative medicine

Editor: Mary Ann Liebert, Inc.

Volume: 9

Número: 5

Ano: 2006

Idioma: Inglês

ISSN: 1096-6218

Autor: Robert J. Zalenski (Department of Emergency Medicine, Center to Advance Palliative-Care Excellence) e Richard Raspa (Center to Advance Palliative-Care Excellence, Department of Interdisciplinary Studies, Wayne State University, Detroit, Michigan)

Resumo do artigo:

Os autores utilizam a teoria da hierarquia das necessidades de Abraham Maslow, adaptando-a à avaliação das necessidades e à implementação de intervenções para o doente a necessitar de cuidados paliativos, utilizando um caso clínico como exemplo. Os cinco níveis da hierarquia das necessidades adaptadas, pelos autores, aos cuidados paliativos são: (1) sintomas aflitivos, tais como dor, dispneia, (2) o medo relativamente à segurança física, medo de morrer ou medo do abandono; (3) amor, carinho e aceitação face à doença; (4) estima, respeito e apreço pela pessoa; (5) auto-realização e o transcendente. A hierarquia modificada de necessidades de Maslow, para os cuidados paliativos, pode ser utilizada para fornecer uma abordagem abrangente para a avaliação das necessidades dos pacientes e da conceção de intervenções para atingir as metas que começam com o conforto e, potencialmente estender à experiência de transcendência. No estudo de caso exemplificado, este ilustra a atenção que a equipa de cuidados paliativos dá ao alívio da dor do doente, ao alívio dos medos, ao deleite perante histórias e trocas verbais, incitando e incentivando sonhos, estes atos podem levar o doente a transcender a doença. Assim, perante a possibilidade da morte, os doentes podem experimentar uma intensificação da vida e uma profunda ligação com as pessoas e com o mundo ao seu redor. A abordagem de Maslow poderá servir como referencial teórico para a conceção de intervenções que podem ajudar os doentes a desenvolverem um maior potencial no final da vida.

COMENTÁRIO/REFLEXÕES

O termo “necessidade” pode ser definido como “a exigência de alguma ação ou recurso necessário, desejável ou útil, para alcançar o bem-estar” (Sanson-Fisher et al. 2000). Por forma a compreender as necessidades do doente oncológico, é necessário primeiramente compreender a sua hierarquização. Através do artigo anteriormente descrito, da tradução da pirâmide apresentada e de outras pesquisas de manuais e da internet elaborei a seguinte pirâmide das Necessidades do Doente Paliativo:



Diagrama 1 – Pirâmide das necessidades do doente em fim-de-vida.

A satisfação destas necessidades são fundamentais para o doente em cuidados paliativos, sendo que o doente avança de nível à medida que as necessidades mais básicas vão sendo satisfeitas. Ou seja, um doente com dor física no momento, não atribui tanta importância às necessidades de proteção e segurança.

Necessidades Humanas Básicas	Preocupações comuns no final da vida	Síndromes comuns de angústia
<ul style="list-style-type: none"> – Necessidades fisiológicas (alívio da dor, nutrição, cuidados gerais) – Necessidades de amor e pertença – Significado da vida (Eu sou amado? Eu sou valorizado? A minha vida tem significado?) – Estética - manter o amor, beleza, prazer e a dignidade, – Espiritual (há vida e significado depois da morte?) 	<ul style="list-style-type: none"> – A doença, a sua natureza e o seu prognóstico – A dor e o controlo sintomático – Perda de funções – Alterações nos papéis ou relações interpessoais – Acesso a ajuda quando necessário 	<ul style="list-style-type: none"> – Desmoralização <ul style="list-style-type: none"> ○ Desamparo ○ Perda de valor ○ Perda de significado ○ Perda de esperança – Sofrimento <ul style="list-style-type: none"> ○ Tristeza ○ Saudade – Anedonia

Diagrama 2 – Esquema traduzido e adaptado de: Clarke, 2007.

O doente com doença terminal, apresenta normalmente sofrimento sendo que, segundo Cassel (1991), este sofrimento não corresponde somente ao sofrimento físico, à dor, mas ao sofrimento provocado pela vivência da doença terminal, corresponde a um estado de *distress* que ocorre quando a integridade de uma pessoa é ameaçada ou destruída. Este sofrimento é para o doente e só este pode medir a sua intensidade, pois varia consoante uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e ao mesmo tempo única para cada doente.

Os enfermeiros são os confidentes para os doentes que experimentam a doença grave. São estes que prestam cuidados competentes, controlando a dor e outros sintomas; aliviando problemas físicos, reduzindo a angústia psicológica, social, e espiritual, ajudando o doente a restaurar um senso de integridade. Testemunhar o sofrimento faz parte do trabalho diário do enfermeiro, no entanto, estes compreendem que o sofrimento de cada pessoa é único. Respondem à angústia espiritual do doente, independentemente da filiação religiosa da pessoa que sofre. Os enfermeiros ouvem os doentes, ajudando-os a ultrapassar o silêncio e a superar o sofrimento expressando a sua angústia emocional através da conexão humana. A angústia, muitas vezes inclui expressões de tristeza, solidão, medo, desamparo, desesperança, e uma sensação de fraqueza (Ferrell e Coule, 2008).

Os profissionais de saúde devem prestar cuidados e aliviar o sofrimento tanto do doente em fim-de-vida como da família que o acompanha. Para tal, os profissionais devem ter em consideração tanto as necessidades básicas do doente, como as suas preocupações no final da vida e a angústia sentida. Deve então, ser fornecido ao doente e família o melhor cuidado biopsicossocial e espiritual, para que estes possam lidar com a doença (Clarke, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTOS PESQUISADOS

- ✓ BARBOSA, António & NETO, Isabel – **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- ✓ BÜCHI, Silvia Schmid – **Psychosocial needs of breast cancer patients and their relatives**. Switzerland: Datawyse, 2010. (Universitaire Pers Maastricht). ISBN 978-90-5278-938 5.
- ✓ CASSEL, Eric J. – **The Nature of Suffering and the Goals of Medicine**. New Yourk: Oxford University Press, 1991. ISBN 0-19-505222-6.
- ✓ CLARKE, David – Growing old and getting sick: Maintaining a positive spirit at the end of life. Australian Journal of Rural Health. ISSN 1440-1584. 15 (2007) 148-154.
- ✓ FERRELL, Betty; COULE, Nessa – The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. Oncology Nursing Forum. ISSN 1538-0688. 35:2 (2008) 241-247.
- ✓ SANSON-FISHER, Rob [et al] – The unmet supportive care needs of patients with Cancer. Cancer. ISSN 1097-0142. 88:1 (2000) 226-237.
- ✓ TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- ✓ ZALENSKI, Robert J. – Maslow's Hierarchy of Needs: a framework for achieving human potential in hospice. Journal of palliative medicine. ISSN 1096-6218. 9:5 (2006) 1120-1127.

APÊNDICE VII – Folha de Registos de Enfermagem

APÊNDICE VIII – Protocolo de Atuação do Sono



**EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO SONO

Realizado por: Enf.^a Sandra Afonso

Janeiro de 2013

Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

etc. – etecetera

ex. – exemplo

mg – miligrama

NREM – sem movimentos oculares rápidos

REM – movimentos oculares rápidos

1. Definição

O sono é um fenómeno ativo e complexo, definido como um estado normal e reversível em que há a ausência ou a diminuição da resposta aos estímulos do meio ambiente, relativamente ao estado de vigília. Ou seja, é um estado fisiológico que ocorre de maneira cíclica, caracterizado por um período de inércia associado à diminuição da atividade cerebral e a existência de um leque de movimentos limitados, involuntários, automáticos e sem propósitos definidos. O sono é ainda caracterizado por uma regulação homeostática de todo o organismo. O sono é um fenómeno natural, complexo, uma atividade vital importante para o ser humano e que se vai alterando com o avançar da idade.

Fisiologia do sono normal: Através do estudo do padrão do eletroencefalograma foi possível compreender que o sono possui dois padrões fundamentais do sono, o sono com movimentos oculares rápidos (REM) e o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), cada um com ondas distintas. O padrão NREM possui 4 estádios, do I ao IV. Nos seres humanos estes estádios ocorrem de forma ordenada durante a noite, num total de entre quatro a seis ciclos. Cada ciclo começa com o NREM I e II (sono leve) seguindo-se o III e o IV (sono profundo), seguindo-se o NREM III e II novamente, e por último o REM. Ao longo da noite a duração do NREM diminui enquanto que o REM aumenta.

2. Perturbações do sono

As perturbações do sono que ocorrem com maior relevância nos doentes com doença em fase avançada são:

a. Insónia

- Definida como queixas subjetiva do doente de dificuldade em iniciar ou manter o sono, tempo de sono insuficiente, ou sono não reparador, que dura pelo menos um mês e que provoca mal-estar ou deterioração social, ocupacional ou em outras áreas.
- Necessita de diagnóstico diferencial.

b. Hipersonolência diurna

- Esta deve ser distinguida da fadiga ou cansaço. Varia a sua gravidade consoante o grau de sonolência diária apresentada (sonolência leve, moderada ou severa).
- Definida como episódios de sono que estão presentes, desde os períodos de repouso até a períodos de atividades que requerem atenção moderada. A sonolência provoca alterações ao nível social ou ocupacional.

3. Avaliação

Antes de se fazer o diagnóstico e implementar o tratamento deve-se:

- Identificar a queixa primária;
- Pesquisar a história clínica, exames objetivos e complementares;
- Caracterizar a queixa: dificuldade em iniciar o sono, número de despertares noturnos recorrentes, qualidade do sono insuficiente, sono não reparador, sono muito longo, ataques de sonolência, avanços ou atrasos no horário do sono, sonolência;
- Se necessário, documentar o ciclo de vigília – sono
- Registrar o ciclo de dormir - acordar: número de episódios de dormir durante o dia, sem intenção; tempo decorrido durante as sestas;
- Identificar os possíveis fatores precipitantes ou perturbadores e as causas das alterações;
- Considerar as particularidades do sono desejadas pelo doente;
- Considerar os ciclos de sono de cada doente: curto/médio/longo, variações nos hábitos de sono consoante a idade e situação;
- Descartar o uso de substâncias: medicação, álcool, drogas, cafeína, nicotina;
- Se necessário, exames físicos e dados de laboratório;
- Se necessário, Estudo Poligráfico de Sono.

4. Etiologia

Os fatores que podem provocar alterações no sono são múltiplos e variados, nomeadamente:

- Sintomas não controlados relacionados com a doença (distúrbios gastrointestinais, perturbações respiratórias, etc.):
 - Dor
 - Tosse
 - Dispneia
 - Apneia do sono
 - Úlceras por pressão
 - Disúria/nictúria
 - Prurido
 - Hipos

- Suores noturnos
 - Náuseas e vômitos
 - Diarreia
 - Deficiente nutrição
 - Refluxo gastro esofágico
- Depressão – insônia matinal, sono fragmentado, insônia inicial e com a sensação de acordar exausto;
 - Medicação - Pesadelos e alucinações com ou sem sinais de delírio, podendo ser iatrogênicos (benzodiazepinas, nitrazepan, cimetidina, ranitidina, dexametasona, etc.);
 - Síndrome de abstinência – em doentes com dependência de benzodiazepinas, opiáceos ou álcool a quem estas drogas foram retiradas ou diminuídas;
 - Doenças neurológicas – com troca do sono noturno pelo diurno;
 - Ansiedade – provocada pela própria doença, pelo medo da noite, medo de não acordar (insônia psicofisiológica) e pelas preocupações;
 - Desordens cognitivas (ex. Delírio) – agitação noturna e apatia, e sonolência diurna;
 - Inatividade diurna – pode levar ao aumento de períodos de sono durante o dia, o que se traduz numa diminuição do sono durante a noite;

5. Tratamento

O tratamento das alterações do sono deverá sempre basear-se nas necessidades dos doentes, na sua etiologia, e utilizando uma abordagem global, não descurando a qualidade de vida do doente. A deteção da causa primária do distúrbio do sono é de extrema importância, uma vez que sem esta, não se conseguirão obter bons resultados. Tendo em conta que a origem da alteração do sono é multifatorial, o seu tratamento também o deverá ser. Existem duas dimensões essenciais na intervenção terapêutica: não farmacológica/psicológica e farmacológica (controlo de sintomas e/ou correção de causas precipitantes).

5.1. Intervenções Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas são consideradas como importantes na indução e manutenção do sono, pelo que se deve tentar ao máximo, cumprir as indicações que a seguir se apresentam:

- Manter um horário ativo durante o dia, proporcionando estímulos quer físicos, quer cognitivos enquanto for possível (ex. contactos sociais, exercício ligeiro, atividades de lazer), e estabelecer rotinas;
- Promover, se possível, uma ingestão hídrica e nutricional adequada;
- Instruir a família para ouvir os medos do doente, os receios e preocupações, quando este não consegue dormir;
- Evitar interromper o sono do doente durante a noite, alterando o horário da medicação;


- Instruir a família para que seja assegurado um ambiente tranquilo e seguro durante a noite, evitar excesso de estímulos, relacionados com temperatura, luzes, ruído (televisão, telefone, excesso de visitas, conversas cruzadas, alarmes de relógios, entre outros);
- Assegurar o conforto do doente na cama, temperatura adequada, posicionamentos confortáveis;
- Evitar ficar deitado na cama por longos períodos durante a noite num estado de frustração, de alerta ou de tensão;
- Ler ou praticar outra atividade relaxante;
- Manter um horário regular para dormir-acordar;
- Evitar tempo desnecessário na cama, quando doente acamado, sempre que possível, senta-lo;
- As sestas só devem ser recomendadas se necessário, evitando o período do final da tarde e início da noite;
- Evitar a medicação estimulante ou outras substâncias antes de se deitar;
- Utilizar técnicas de terapia cognitivo-comportamental, nomeadamente: técnicas de relaxamento muscular, meditação, psicoterapia de suporte, musicoterapia, reflexologia, massagem, reiki, etc.

5.2. Intervenções Farmacológicas

Relativamente ao controlo sintomático, causa precipitante do distúrbio do sono, deve-se proporcionar a terapêutica farmacológica mais adequada, tendo em conta os riscos/benefícios, bem como a qualidade de vida do doente. Portanto deve-se controlar os sintomas que poderão estar a causar o distúrbio do sono, nomeadamente: a dor, a tosse, dispneia, apneia do sono, úlceras por pressão, disúria/nictúria, prurido, hipos, suores noturnos, náuseas e vômitos, diarreia, deficiente nutrição, refluxo gastro esofágico.

Fármacos de primeira linha:

- Benzodiazepinas:

<u>Principio ativo</u>	<u>Dosagem</u>	<u>Semivida</u>	<p>Ação Longa</p>  <p>Ação Curta</p>
Diazepam	5 a 10 mg	Longa – 20 a 70 horas	
Bromazepam	1,5 a 3 mg	Média – 12 a 20 horas	
Lorazepam	1 a 10mg	Média – 10 a 15 horas	
Temazepam	10 a 40 mg	Média – 9 a 12 horas	
Triazolam	0,25 a 0,5 mg	Curta 1,5 a 5 horas	

Fármacos de segunda linha (com ação sedativa):

- Antidepressivos (maior ação sedativa):

- Mirtazapina 15 a 45 mg
- Paroxetina 10 a 50 mg
- Amitriptilina 25 a 75 mg
- Trazadona 50 a 150 mg

} Não administrar se
problemas cardíacos

- Anti-histamínico (menor ação sedativa):

- Hidroxizina 25 a 100 mg

- Antipsicóticos (menor ação sedativa):

- Olanzapina 5 a 10 mg

6. Conclusão

O sono desempenha um papel importante na manutenção da saúde dos doentes, afetando a sua qualidade de vida e bem-estar. O não dormir ou o dormir pouco provoca cansaço, stresse, depressão e diminui o sistema imunitário, aumentando o risco de doenças infecciosas. Componente fundamental do bem-estar, a necessidade de dormir varia com a idade, com o nível de desenvolvimento, com o estado de saúde, o nível de atividade e as normas culturais, não afetando somente o doente, mas também a família/cuidador informal. Neste sentido torna-se importante para os profissionais de saúde compreender a importância do sono para o doente e para a família/cuidador informal, bem como decorre o ciclo normal do sono e como é que este afeta a saúde e o bem-estar do doente. Os distúrbios do sono provocam na família/cuidador informal fadiga e cansaço, tanto físico como psicológico, levando ao *burnout* desta. Deve-se portanto prevenir estas situações e esclarecer a família/cuidador informal relativamente a dúvidas.

7. Bibliografia

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos – **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. ISBN 978-85-89718-27-1.
- American Academy of Sleep Medicine. **The international classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual**. 2ªEd., 2005. Westchester IL: American Academy of Sleep Medicine. ISBN: 096-572-202-3.
- CARSKADON, Mary & DEMENT, William – Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.) 4th ed. - **Principles and practice of sleep medicine**. St Louis: Elsevier Saunders, 2011. ISBN 978-1-4377-0731-1. p. 16-26.

- CROWLEY, Kate – Sleep and sleep disorders in older adults. Neuropsychology Review. ISSN 1573-6660. 21 (2011) 41-53.
- DANG-VU, Thien Thanh [et al.] – Sleep: Implications for theories of dreaming and consciousness. In William P. Banks - **Encyclopedia of Consciousness**. Oxford: Elsevier, 2009. vol. 2. ISBN 978-0-12-373864-6. p. 357-373.
- DILLON, Patricia - **Nursing Health Assessment: a critical thinking, case studies approach**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2007. ISBN 978-0-8036-1579-3. 2nd ed.
- ERICKSON, Jeanne, & BERGER, Ann – Sleep-Wake Disturbances. Clinical Journal of Oncology Nursing. ISSN 1920-454X. 15:2 (2011) 123-127.
- FITZPATRICK, Joyce J. & WALLACE, Meredith – **Encyclopedia of nursing research**. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2006. ISBN 0-8261-9812-0
- GRUTSCH, James F. [et al] – The association of quality of life with potentially remediable disruptions of circadian sleep/activity rhythms in patients with advanced lung cancer. BioMed Central Cancer. ISSN 1471-2407. 11:193 (2011) 1-13.
- INCA – Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Revista Brasileira de Cancerologia. ISSN 0034-7116. 48:2 (2002)191-211.
- PALMA, Maria José & SALAZAR, Helena – Sono. In **Manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5. p.345-366.
- INFARMED – **Prontuário terapêutico – 10**. Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP / Ministério de Saúde, 2011. ISBN: 978-989-8369-07-9.
- TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. 2^aEd. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- World Health Organization - **Palliative Care: symptom management and end-of-life care. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)** [Em linha] WHO/CDS/IMAI/2004. [Consult. 28 Nov. 2012] Disponível em: WWW:<URL:http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf

Protocolo de atuação do sono

O tratamento das alterações do sono deverá sempre basear-se nas necessidades dos doentes, na sua etiologia, e utilizando uma abordagem global, não descuidando a qualidade de vida do doente. A deteção da causa primária do distúrbio do sono é de extrema importância, uma vez que sem esta, não se conseguirão obter bons resultados. Tendo em conta que a origem da alteração do sono é multifatorial, o seu tratamento também o deverá ser. Existem duas dimensões essenciais na intervenção terapêutica: não farmacológica/psicológica e farmacológica (controlo de sintomas e/ou correção de causas precipitantes).

Intervenções Não Farmacológicas

- Manter horário ativo durante o dia, proporcionando estímulos;
- Promover uma ingestão hídrica e nutricional adequada;
- Instruir a família para ouvir os medos do doente, os receios e preocupações, quando este não consegue dormir;
- Evitar interromper o sono do doente durante a noite, alterando o horário da medicação;
- Instruir a família para que seja assegurado um ambiente tranquilo e seguro durante a noite, evitar excesso de estímulos, relacionados com temperatura, luzes, ruído (televisão, telefone, excesso de visitas, conversas cruzadas, alarmes de relógios, entre outros);
- Assegurar o conforto do doente na cama, temperatura adequada, posicionamentos confortáveis;
- Evitar ficar deitado na cama por longos períodos durante a noite num estado de frustração, de alerta ou de tensão;
- Ler ou praticar outra atividade relaxante;
- Manter um horário regular para dormir-acordar;
- Evitar tempo desnecessário na cama, quando doente acamado, sempre que possível, senta-lo;
- As sestas só devem ser recomendadas se necessário, evitando o período do final da tarde e início da noite;
- Evitar a medicação estimulante ou outras substâncias antes de se deitar;
- Utilizar técnicas de terapia cognitivo-comportamental, nomeadamente: técnicas de relaxamento muscular, meditação, psicoterapia de suporte, musicoterapia, reflexologia, massagem, reiki, etc.

Intervenções Farmacológicas

Fármacos de primeira linha:

- Benzodiazepinas

Princípio ativo	Dosagem	Semivida
Diazepam	5 a 10 mg	20 a 70 horas
Bromazepam	1,5 a 3 mg	12 a 20 horas
Lorazepam	1 a 10mg	10 a 15 horas
Temazepam	10 a 40 mg	9 a 12 horas
Triazolam	0,25 a 0,5 mg	1,5 a 5 horas

Fármacos de segunda linha (com ação sedativa):

- Antidepressivos (maior ação sedativa):

- Mirtazapina 15 a 45 mg
 - Paroxetina 10 a 50 mg
 - Amitriptilina 25 a 75 mg
 - Trazadona 50 a 150 mg
- } Não administrar se problemas cardíacos

Anti-histamínico (menos ação sedativa)

- Hidroxizina 25 a 100 mg

Antipsicóticos (menos ação sedativa)

- Olanzapina 5 a 10 mg

Protocolo de tratamento revisto a cada 6 meses, baseado na literatura e adaptado da experiência da ECSCP do ACES Sotavento, para uso exclusivo nesta equipa.

APÊNDICE IX – Poster: «Necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos: revisão integrativa

Necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos: revisão integrativa

Afonso, Sandra (1) sandra.afonso@gmail.com, Medeiros da CS-UCP, Lisboa/Spain, Patricia2@uicp.ucp.pt, Docentes na CS-UCP, Lisboa

Introdução: O termo "necessidade" remete para a exigência de alguma ação ou recurso necessário, desejável ou útil, para alcançar o bem-estar. Os doentes, com doença avançada e progressiva, sem perspectiva de cura, têm determinadas necessidades que pelo degradar do estado geral e pelas co morbilidades, se vão alterando. Os cuidados paliativos têm como objetivo central o de prevenir e aliviar o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida possível, tanto ao doente como ao prestador de cuidados informal.

Objetivo: Identificar quais as necessidades, preocupações, prioridades, desejos e preferências mais referidas pelos doentes em fase terminal.

Metodologia: pesquisa e análise de artigos de investigação em português, espanhol e inglês, publicados entre janeiro de 2003 e janeiro de 2013, que estivessem disponíveis em tempo útil (texto integral) e que respondessem à questão de partida nas bases de dados EBSCOhost, Biblioteca do conhecimento on-line e na Revista Referência.

- Ter uma boa relação com a equipa de cuidados;
- Ser tratado com respeito e compaixão;
- Manter a sua dignidade;
- Que os profissionais trabalhem em equipa;
- Que comuniquem as informações de forma clara e honesta.

- Ter fé em Deus e num ser supremo;
- Sentir-se amado;
- Estar acompanhado pelos entes queridos;
- Necessidade de pertença, de compaixão
- Energia limitada, o que limita as atividades que gostaria de fazer;
- Tornar-se num fardo para a família.



- Acesso a ajuda quando necessário;
- Controlar a informação que querem sobre a natureza da doença, e o seu pronóstico
- Estarem envolvidos no processo de decisão sobre a continuação ou suspensão de procedimentos de diagnóstico ou tratamento;
- A dor e o controlo sintomático;
- Morrer no local escolhido por ele(casa ou hospital).

- Alterações nos papéis sociais ou relações interpessoais;
- Não deixar a família desprotegida economicamente;
- Necessidade de segurança deles próprios e da sua casa;
- Perda de funções (autonomia).

Conclusões: Esta revisão dá a conhecer aos enfermeiros, as necessidades e as preocupações dos doentes em fase terminal, podendo conceber intervenções para integrar na prática de cuidados, potenciando a qualidade de vida dos doentes até à morte. O cuidado ao doente terminal transcende os cuidados meramente médicos, pelo que a sua abordagem deve ser multidisciplinar, tanto para o doente, como para a família do doente.

Referências

ABRAHAM, Bruce – Mapping hospice patient emotion and verbal communication and identifying an exploratory method inquiry. *BMC Palliative Care*, ISSN 147269X, 10(1) (2011) 1-10

CARTER, Jason, MACLEOD, Paul, BRANDEY, Penny, MOCHERSON, Nath – Living with advanced illness: patient priorities. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, ISSN 0269-4727, 36(5) (2011) 411-420.

DELU, Christophe, VIGNON, CHRISTOPHE, ADLER, Sheryl (et al.) – "The Suffering Here By Myself..." experiences of patients with serious illness at an urban public hospital. *Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1096-6219, 13(6) (2010) 696-701.

GARDNER, Daniel, KRAMEER, Emily – End-of-life concerns and care preferences congruence among terminally ill elders and their family caregivers. *Omega*, Journal of Health & Social Issues, 60(3) (2009) 273-297.

GOLOSZTEEN, Mirka, HOUTEPEN, Paul, PROOT, Jean (et al.) – What is a good death? Terminality of patients dealing with terminal expectations around death and dying. *Palliative Medicine*, ISSN 1473-3099, 13(3) (2009) 379-396.

HEILAND, Doreen, COOK, Deborah, KOCHER, Steven (et al.) – Defining priorities for improving end-of-life care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, ISSN 0028-3948, 182(16) (2010) 947-949.

HEILAND, Doreen, COOK, Deborah, KOCHER, Steven (et al.) – What matters most in end-of-life care: perceptions of terminally ill patients and their family members. *Canadian Medical Association Journal*, ISSN 0028-3948, 174(5) (2006) 627-633.

LAMMONGKON, Maria-Luisa, RITUALÁ, Ana, STRANDBERG, Tino – Terminally ill elderly patient's experiences, attitudes, and needs: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, ISSN 147269X, 9(2) (2010) 111-128.

MILLIGAN, Stuart – Optimizing palliative and end-of-life care in hospitals. *Supportive Care*, 26(4) (2012) 49-56.

PROUT, James, BULL, David, JONES, MUELLEN, Richard (et al.) – The needs of terminally ill patients in the home: identifying what the family and caregiver believe is best. *Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1096-6219, 18(1) (2004) 53-61.

RAHEEM, Clara, WARD, Jason – Care of the dying patient in the home. *British Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1750-5667, 13(2) (2011) 451-455.

REYNOSO, Evaristo, ALZARAO, Olimpa, GONZALEZ, MARAFIA, Maricarmen (et al.) – Evaluación de las necesidades de pacientes oncólogos en etapa terminal (Needs of the terminally ill cancer patients). *Enfermería Global*, ISSN 1694-7461, 8(1) (2009) 39-42.

ROBY, Jane, PAME, Sheila, FROST, JET, Katherine – What evidence is there about the specific environmental needs of older people who are near the end of life and are cared for in hospitals or similar institutions? *Alzheimer Review*, *Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1096-6219, 24(3) (2010) 269-285.

SCHNEIDER, Susan, NELSON, Megan, BERNSTEIN, Lubert – "Touch, Children's Ongoing Presence": a descriptive survey about end-of-life. *Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1096-6219, 13(3) (2009) 696-705.

VO, Elzabeth-K, PEARMAN, Robert A – Quality of life while dying: a qualitative study of terminally ill older men. *Journal of The American Geriatrics Society*, ISSN 0002-8614, 51(11) (2003) 1595-1601.

ZALENSKY, Robert J. – Medical hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, ISSN 1096-6219, 8(4) (2004) 1120-1127.

ANEXOS

ANEXO I – Estatística do Movimento Assistencial do Serviço de Urgência Externa do
Hospital de São José

ESTATÍSTICA DO MOVIMENTO ASSISTENCIAL

URGÊNCIA EXTERNA - Movimento Geral



Dados importados a 6 de Julho

PERÍODO: 1º Semestre 2012

Especialidades de Urgência	DOENTES SOCORRIDOS											
	ADMITIDOS							SAÍDOS				
	Emergente	Muito Urgente	Urgente	Pouco Urgente	Não Urgente	Outros Casos	Indefinido	Σ	Altas	Falecidos	Internados	Σ
MEDICINA	160	3.022	12.954	17.174	463	770	4	34.547	30.910	160	3.469	34.539
REANIMAÇÃO												
CIRURGIA GERAL	36	569	4.906	6.058	98	364	4	12.036	10.858	16	1.155	12.029
PEQ. CIRURGIA		1	102	193	2	5		303	301		2	303
UROLOGIA		331	1.688	848	12	54		2.933	2.701		232	2.933
ORTOPEDIA	3	114	3.039	6.206	50	106		9.518	9.192		327	9.519
UVM	1	3	39	6				49	30		19	49
UUM												
GASTROENTEROLOGIA	1	4	38	15	1	6		65	51		14	65
NEUROLOGIA	23	189	1.090	574	4	204		2.084	1.472	1	617	2.090
ESTOMATOLOGIA												
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	16	566	2.397	57	104		3.141	3.054		85	3.139
OFTALMOLOGIA	62	111	1.670	4.732	69	162	2	6.808	6.756		51	6.807
EMERGENCIA												
MAXILO-FACIAL	6	40	815	886	7	26	1	1.781	1.518		261	1.779
IMUNOHEMATOLOGIA												
NEURORADIOLOGIA		2	5	4				11	6		5	11
CPR	13	102	490	208	3	19		835	450		384	834
NEUROCIRURGIA	38	151	796	327	3	44		1.359	976	1	379	1.356
ANESTESIA	11	8	36	12				67	7	1	59	67
MFR												
HEMATOLOGIA	8	306	176	159	17	83	30	779	535	1	243	779
DERMATOLOGIA												
QUIMIOTERAPIA												
CARDIOLOGIA		2		1			244	247	10		237	247
CIRURGIA VASCULAR	3	63	97	74	1	19	269	526	364		162	526
PSIQUIATRIA	10	408	2.076	1.061	28	99		3.682	3.680		3	3.683
Outras	1	1	1				1	3			2	2
Urgência Geral Polivalente	376	5.443	30.584	40.935	815	2.065	555	80.773	72.871	180	7.706	80.757
GINECOLOGIA				2				2	2			2
OBSTETRICIA			1	1				2	2			2
Outras												
Urgência de Ginecologia/Obstetricia			1	3				4	4			4
OFTALMOLOGIA												
ESTOMATOLOGIA			16	19			2	37	37			37
NEUROLOGIA	2	15	105	32			7	161	149		12	161
PSIQUIATRIA DE INF. E ADOLESCÊNCIA		23	340	198			15	577	522		55	577
ORTOPEDIA INFANTIL		39	759	2.886			80	3.765	3.635		130	3.765
TRAUMATOLOGIA												
OTORRINOLARINGOLOGIA		4	250	308			68	631	603		28	631
PEDIATRIA CIRURGICA		117	1.487	1.051			155	2.811	2.425		385	2.810
PEDIATRIA MÉDICA	31	1.453	9.643	23.487			872	35.507	34.595		908	35.503
NEUROCIRURGIA		2						2	1		1	2
ANESTESIA								1	1			1
Outras												
Urgência Pediátrica	33	1.653	12.600	27.981		1.199	26	43.492	41.967		1.519	43.486
Total CHLC	409	7.096	43.185	68.919	815	3.264	581	124.269	114.842	180	9.225	124.247

OBSERVAÇÕES:

- Emergente - Vermelho
- Muito urgente - Laranja
- Urgente - Amarelo
- Pouco Urgente - Verde
- Não Urgente - Azul
- Outros Casos - Branco

ANEXO II – Certificado do Formando: *Coaching* de Equipas

Certificado de Formando

Certifica-se que Sandra Isabel Pereira Afonso, Enfermeira, de Nacionalidade Portuguesa e portadora do B.I. nº 13237139, foi formanda na seguintes Ação de Formação em Serviço, a saber:

- ❖ *“Coaching de Equipas: Promover o Entendimento e Melhorar a Comunicação entre os Elementos de Equipa”*, Promovida pela Dr^a Sandra Maurício, da Associação Nós & Laços, nos dias 16 e 22 de Novembro de 2012, com duração de 4 horas;

Tavira, 02 de Janeiro de 2013

O Responsável da
Formação em Serviço

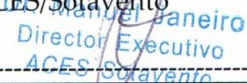


A Coordenadora da
U.C.C. Talabriga

COORDENADORA


FERNANDA FALEIRO

O Director Executivo do
ACES/Sotavento


Manuel Janeiro
Director Executivo
ACES Sotavento
