



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

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

Andreia Sofia de Jesus Costa

Lisboa, setembro 2014



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

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

Andreia Sofia de Jesus Costa

Sob orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice-Sousa

Lisboa, setembro 2014

*“É fácil trocar as palavras,
Difícil é interpretar os silêncios!
É fácil caminhar lado a lado,
Difícil é saber como se encontrar!
É fácil beijar o rosto,
Difícil é chegar ao coração!”*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem reúne as aprendizagens e experiências que possibilitaram o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e descreve todo o percurso realizado de forma crítica, reflexiva e fundamentada, enfatizando o efetuado em contexto prático.

Este relatório faz uma breve abordagem ao percurso profissional e apresenta diversas situações vividas no decurso da prática clínica, demonstrando de que forma as atividades e estratégias desenvolvidas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências e revelando os seus principais contributos para uma *enfermagem avançada*.

A comunicação, sendo uma variável indispensável no cuidado de enfermagem foi o tema transversal e condutor deste caminho. Um outro suporte foram as orientações teóricas de Afaf Meleis e Jean Watson.

Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem inicia-se com uma revisão sistemática de literatura, que se encontra em fase de análise por uma revista científica de enfermagem, realizada para uma melhor compreensão e maior conhecimento sobre as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no processo de transmissão de más notícias, tendo os resultados sido partilhados com a equipa multidisciplinar no decurso de uma formação realizada com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Seguidamente, descreve as principais atividades desenvolvidas ao longo de 5 anos em Unidades de Cuidados Intensivos, que conferiram creditação ao módulo II. Prossegue com a explanação da prática clínica concretizada na Unidade de Dor Crónica, enfatizando a criação de um instrumento de registo em suporte informático que se encontra em fase de aprovação, a elaboração e implementação de dois folhetos de educação e ensino para a saúde e também a elaboração de um póster sobre estratégias facilitadoras da comunicação. Por último, descreve o percurso efetuado no serviço de urgência geral, realçando a imprevisibilidade das situações e conseqüentemente o elevado número de processos de transmissão de más notícias ao cliente e/ou família.

Palavras-Chave: Enfermagem Avançada, Competências, Comunicação.

ABSTRACT

Communication of bad news in nursing care brings together the learning processes and experiences which enabled a specialist nurse working in the area of medical-surgical nursing to develop skills and it describes the whole process in a critical, reflective and reasoned manner, emphasizing what has been developed in a practical context.

Through a brief overlook of the career and the presentation of several situations experienced in the context of clinical practice, this report intends to demonstrate how the activities and strategies developed contributed to the acquisition and development of skills and it reveals their main contributions towards *advanced nursing*.

Communication, being an essential variable in nursing care, was the overall theme and driving force during this journey. Another support was provided by the theoretical orientations of Afaf Meleis and Jean Watson.

Communication of bad news in nursing care begins with a systematic literature review, which is being analyzed by a scientific journal in the area of nursing, so as to achieve a better understanding and obtain greater knowledge about communication strategies used by nurses in the process of communicating bad news, the results having been shared with the multidisciplinary team during the training course which was organized, intending to attain a continuous improvement in health care.

Additionally, it describes the main activities developed over five years in Intensive Care Units, which provided accreditation for module II. Within the scope of clinical practice developed in the Chronic Pain Unit, it emphasizes the creation of a registering instrument, in electronic format, which is awaiting approval, as well as the design and implementation of two educational and training leaflets for the health area and the preparation of a poster on facilitating communication strategies. Finally, it portrays the career in the general emergency department, drawing attention to the unpredictability of situations and, as a consequence, the large number of cases of breaking bad news to the client and/or family.

Keywords: Advanced Nursing, Skills, Communication.

AGRADECIMENTOS

A toda a minha família, pelo carinho e amor constante com que me prendaram. Pela compreensão pela minha longa ausência, privação de tempo e dedicação.

Aos meus pais, pelo amor e incentivo contínuo, para seguir em frente em momentos mais difíceis.

Ao meu avô, que embora em silêncio se manteve sempre comigo.

Ao meu irmão, pelo entendimento e aceitação de uma presença ausente.

Ao Pedro, que sempre acreditou e incentivou, pela compreensão e presença contínua.

A todos os meus amigos, pela motivação e força conferida.

À professora Patrícia Pontífice, que me orientou e sempre acreditou no meu trabalho.

A todos os que me apoiaram e incentivaram ao longo deste caminho. Muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

bpm – Batimentos por Minuto

cit in – Citado em

cmH₂O – Centímetros Água

et al. – Abreviatura de: “e outros”

km – Quilómetro

mmHg – Milímetros Mercúrio

n^o – Número

O₂ – Oxigénio

p. – Página

paO₂ – Pressão Parcial de Oxigénio Dissolvido no Sangue

spO₂ – Saturação Periférica de Oxihemoglobina

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD's – Atividades de Vida Diárias
BIA – Balão Intra Aórtico
BO – Bloco Operatório
BPS – Behavioral Pain Scale
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CI – Cuidados Intensivos
CJ – Conselho Jurisdicional
CNPI – Checklist of Nonverbal Pain Indicators
CVC – Cateter Venoso Central
DC – Dor Crónica
DGS – Direção Geral da Saúde
EOT – Entubação Orotraqueal
EPAP – Pressão Positiva Expiratória nas Vias Aéreas
EVA – Escala Visual Analógica
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
GCS – Escala de Coma de Glasgow
HBA – Hospital Beatriz Ângelo
HCVP – Hospital da Cruz Vermelha
IASP – International Association for the Study of Pain
IPAP – Pressão Positiva Inspiratória nas Vias Aéreas
MC – Médico- Cirúrgica
MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PAM – Pressão Arterial Média
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PC – Pequena Cirurgia
PCR – Paragem Cardíaco Respiratória
PEC – Posto de Estadia Curta

POR – Posto de Observação Rápida
PVC – Pressão Venosa Central
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
RX – Radiografia
SC – Subcutâneo
SF – Soro Fisiológico
SO – Sala de Observação
SOS – Somente Se Necessário
SR – Sala de Reanimação
SUG – Serviço de Urgência Geral
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TET – Tubo Endotraqueal
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UDC – Unidade de Dor Crónica
VA – Via Aérea
VE – Ventrículo Esquerdo
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários.....20

Quadro II – Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica...23

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS AO CLIENTE/ FAMÍLIA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	18
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	30
2.1 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	30
2.2 MÓDULO III – UNIDADE DE DOR CRÓNICA.....	37
2.3 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	52
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folheto Informativo – Cateter Subcutâneo

APÊNDICE II – Cateter Subcutâneo – Informação para Clientes

APÊNDICE III – Folheto Informativo – Obstipação

APÊNDICE IV – Obstipação – Informação para Clientes

APÊNDICE V – Via de Administração de Terapêutica Subcutânea

APÊNDICE VI – Póster: Comunicação em Cuidados de Saúde

APÊNDICE VII – Instrumento de Registo em Suporte Papel

APÊNDICE VIII – Instrumento de Registo em Suporte Informático

APÊNDICE IX – Plano de Sessão de Formação: “Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência Geral”

APÊNDICE X – Sessão de Formação: “Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência Geral”

APÊNDICE XI – Guia de Observação: “Comunicação de Más Notícias ao Cliente e/ ou Família”

APÊNDICE XII – Cartão de Bolso: Protocolo SPIKES

APÊNDICE XIII – Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

APÊNDICE XIV – Análise dos Resultados dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação

APÊNDICE XV – Obstinação Terapêutica – Reflexão em Cuidados de Enfermagem ao Idoso na UCI

APÊNDICE XVI – Análise Jurídica da Informação de Saúde

INTRODUÇÃO

A evolução na área da saúde e respetivos cuidados requer uma atualização constante e permanente por parte de todos os profissionais. O enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao cliente, família e comunidade (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 abril). No entanto, é fundamental que aprofunde os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, tornando-se detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstrando elevados níveis de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos por um conjunto de competências especializadas num campo de atuação no qual se considera perito (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foi com este propósito que aceitei o desafio de fortificar a minha formação e ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (MC), ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) o qual, tem por objetivo desenvolver “ (...) competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP, 2010).

O curso integra uma componente teórica e uma componente prática, âmbito no qual surge a *Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem* que pretende ser uma análise descritiva, crítica e reflexiva não só das atividades desenvolvidas, mas de todo o percurso formativo que possibilitou o desenvolvimento e/ou a aquisição de novos conhecimentos e competências percebidas como a capacidade de integrar, mobilizar e transferir um conjunto de recursos num determinado contexto para fazer face aos problemas encontrados ou para realizar uma tarefa (Boterf, 2003), tendo por finalidade última de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009), a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

A componente prática encontra-se dividida em três módulos específicos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos (CI) / Intermédios e Módulo III Opcional que versa os cuidados paliativos ou continuados, a geriatria ou comissão de controlo de infeção (CCI), representando um total de 540 horas e 30 créditos. Contudo, a experiência adquirida ao longo do meu percurso profissional concretizado em

unidades de cuidados intensivos (UCI) polivalentes permitiu-me adquirir e desenvolver competências, citadas no subcapítulo 2.1 do presente relatório, que me conferiram creditação ao módulo II. Foram dois os módulos realizados pela seguinte ordem cronológica: Módulo III na Unidade de Dor Crónica (UDC) e Módulo I no Serviço de Urgência Geral (SUG), justificada pela disponibilidade dos serviços e pela preferência pessoal para o desenvolvimento de competências promotoras de maior qualidade e eficácia dos cuidados.

A escolha dos locais para desenvolver a prática clínica deveu-se às oportunidades de aprendizagem conferidas pelos mesmos por serem serviços recentes que prestam cuidados baseados em práticas atuais e inovadoras e conseqüentemente, pelo seu contributo no desenvolvimento de competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais enquanto enfermeira especialista em enfermagem MC bem como, à necessidade de conhecer mais profundamente a filosofia dos cuidados, estrutura, organização e metodologia de trabalho de serviços interface com as UCI's. Em particular, a opção pela UDC como local para desenvolver o módulo III justifica-se pelo facto de a dor constituir o 5º sinal vital, o qual embora afete cerca de 36% da população adulta em Portugal é ainda subvalorizado, existindo pouca informação quer do público em geral, quer dos profissionais de saúde, dificultando assim a implementação de medidas para o seu controlo e tratamento (Castro-Lopes et al., 2010; Pain Proposal, 2010). A escolha do SUG é justificada por ser uma urgência MC de um hospital cuja missão é prestar cuidados de saúde ao cliente e respetiva família, respeitando a sua individualidade e necessidades com base na eficácia, qualidade e eficiência e promover o desenvolvimento da investigação e formação dos profissionais. *Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem* descreve o meu percurso até chegar a profissional perito e tem a comunicação como tema central e orientador sendo esta, uma atividade essencial no cuidado de enfermagem e a base da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente e sua família. No entanto, este meu percurso e desenvolvimento foram igualmente orientados segundo a perspetiva do paradigma da transformação por Jean Watson, com a filosofia e ciência do cuidar. Este paradigma perspetiva os fenómenos como únicos e integrados num modelo dinâmico de relação mútua e simultânea com o meio envolvente do qual faz parte integrante e com o qual interage reciprocamente, podendo resultar desta relação processos transitórios que exigem adaptação, denominados de transições, nos quais o enfermeiro enquanto agente

ativo e promotor de mudança desempenha um papel fundamental na sua facilitação e assume a responsabilidade profissional de uma prestação de cuidados de qualidade (K  rouac et al., 2007). Por este motivo, este trajeto de crescimento e desafios contínuos concretizou-se pela rela  o interpessoal assente nos pressupostos da teoria das transi  es de Afaf Meleis cujo objeto de estudo são as respostas humanas aos processos de desenvolvimento ou eventos significativos que exigem adapta  o e, foi norteado pelos projetos da prática clínica e portfólios construídos no decurso da mesma, pela documenta  o previamente existente nos serviços, pelos conhecimentos adquiridos ao longo da minha forma  o e experiência profissional e pelas reflexões e pesquisas realizadas.

Importa referir que, ao longo do relatório concetualizei que o conceito *cliente* se refere ao ser humano/pessoa a quem são prestados os cuidados sob uma perspetiva holística ao longo das etapas de vida adulto e idoso, inserido numa família, grupo ou comunidade, representando assim o centro da atua  o dos enfermeiros e o conceito *família*    unidade social ou todo coletivo onde se insere o cliente, fazendo parte do mesmo os elementos unidos por consanguinidade, afinidades, rela  es emocionais ou legais, incluindo pessoas significativas (CIPE  , versão 2011). De acordo com o paradigma da transforma  o, o conceito *saúde*    encarado como uma experiência vivida segundo a perspetiva de cada cliente, o *ambiente*    todo o universo em constante intera  o com o cliente e o *cuidar*    o âmago da enfermagem, concetualizando-a como ciência humana.

Estruturalmente este relatório divide-se em dois pontos fundamentais, a revisão sistemática da literatura (RSL) onde se apresenta o conhecimento científico sobre as estratégias de comunica  o utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de m  s notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família e a descri  o e análise das atividades realizadas e competências desenvolvidas ao longo do percurso profissional e da prática clínica, apresentando concomitantemente o contributo das mesmas no desenvolvimento profissional e pessoal e relatando as dificuldades sentidas. Por último, apresentam-se as conclusões desta análise reflexiva e as referências que serviram de suporte    sua elabora  o, seguindo-se os apêndices que complementam e comprovam a informa  o contida neste relatório.

1. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS AO CLIENTE/FAMÍLIA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A existência humana é marcada pela comunicação pois, a leitura, linguagem, processo de raciocínio e análise exige partilha de informações, tornando esta atividade essencial à vida em sociedade.

Comunicar deriva do termo latino *communicare*, que significa tornar comum e é entendido como um processo de interação entre duas ou mais pessoas fundamental no contexto da enfermagem, que se pode desenrolar de modo consciente ou inconsciente, por comportamento verbal ou não-verbal, sendo o verbal caracterizado pela exteriorização do ser social e o não-verbal caracterizado pelo ser psicológico que tem como principal função a demonstração de sentimentos (Pereira,2008; Phaneuf,2005).

A essência da enfermagem é o cuidado, que depende da competência técnica e sobretudo da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades de interação e comunicação (Pott et al.,2013). A comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão que possibilita o acesso à informação e o conhecimento e satisfação das necessidades do cliente/família, bem como o acesso do mesmo ao princípio da autonomia e ao consentimento informado, assegurando a sua satisfação e a confiança mútua (José,2010). A comunicação encontra-se presente em todas as atividades do enfermeiro e constitui-se um componente vital e necessário para um cuidado humanizado (Brito et al.,2014).

A decisão sobre a gravidade da informação transmitida é determinada pelo cliente/família que a recebe, mediante o impacto que tem na sua vida e as emoções que produz, dependendo estes aspetos das suas crenças, valores sociais, história de vida e contexto cultural (Pereira,2008). A informação que afeta negativamente as expectativas e perspectivas futuras do cliente/família destruindo esperanças e sonhos e com potencial para provocar uma mudança negativa na vida dos mesmos, é percebida como uma má notícia (Edwards,2010; Borges et al.,2012). Contudo, mesmo se referente a más notícias, a informação é um dos principais aspetos que ajuda o cliente/família a enfrentar a nova situação e reagir ao sentimento de descontrolo por ela causado.

De acordo com a teoria da transição de Afaf Meleis estas situações designam-se de transições saúde-doença, envolvem movimento e mudança e requerem a adoção e/ou

adequação de estratégias facilitadoras no sentido de ultrapassar fatores que interagem negativamente e dar ênfase aos favoráveis, nomeadamente, durante os acontecimentos críticos das transições que correspondem ao momento da transmissão de informação e dizem respeito à consciencialização do diagnóstico, ao conhecimento das implicações futuras e à decisão (Meleis, 2010).

A transmissão de más notícias é assim uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros e simultaneamente uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, pois, de acordo com a investigação desenvolvida muitos fatores podem dificultar ou impossibilitar a comunicação eficaz (Borges et al.,2012; Mc.Guidan, 2009). Os enfermeiros devem gerir estes momentos recorrendo à utilização de estratégias de comunicação essenciais para prestar cuidados de qualidade contudo, a sua maioria transfere a responsabilidade de transmitir esta notícia ou transmite-a de modo negligenciado desconsiderando o seu impacto, nomeadamente, os sentimentos e reações associadas (Pereira, 2009; Araújo et al.,2012). Por tudo o que já foi referido, torna-se relevante identificar a evidência científica acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família.

Questão de investigação

A prática baseada na evidência propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados utilizando-se a estratégia PI[C]OD, que é o acrónimo para participantes (situação clínica), intervenção, outcomes (desfecho) e desenho (tipo de estudo), essenciais para a construção da pergunta e pesquisa de estudos científicos (Santos et al.,2007).

A estratégia PI[C]OD foi assim a utilizada para formular a questão de investigação, definir os critérios de seleção e consequentemente de constituição da amostra.

Após a seleção dos componentes relacionados com o problema identificado e tendo por objetivo identificar a evidência científica acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e sua família, foi formulada a questão que norteou a RSL: Quais as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família? Sendo os participantes – enfermeiros, o cliente adulto ou idoso e sua família, a intervenção – o processo de transmissão de más notícias e o resultado – as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros. No entanto,

através desta RSL procura-se responder a outras questões secundárias: Qual o papel do enfermeiro na transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família, Qual o conhecimento/ formação sobre estratégias de comunicação de más notícias conferido ao enfermeiro para desempenhar esta atividade, Quais os fatores dificultadores do processo de transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família. Com base nestas questões, são apresentados em seguida os aspetos metodológicos tidos em consideração na realização da pesquisa, seleção, organização e síntese dos estudos primários, bem como os resultados obtidos.

Considerações metodológicas

A RSL é um tipo de estudo secundário, habitualmente retrospectivo que reúne de fora organizada resultados de pesquisas clínicas que colaboram na explicação de diferenças entre os estudos primários relativos à mesma questão de investigação, facilitando a elaboração de novas diretrizes clínicas (Julian et al.,2011).

Para responder à questão efetuou-se uma pesquisa de literatura e análise da mesma com a finalidade de determinar a melhor evidência disponível relativamente às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros para transmitir as más notícias ao cliente adulto ou idoso e sua família, clarificando também os motivos pelos quais os enfermeiros sentem dificuldades em transmitir as más notícias ao cliente adulto ou idoso e sua família, realçando o seu papel e evidenciando a formação que detêm sobre estratégias de comunicação, contribuindo assim para a síntese e integração do conhecimento. Realizou-se uma RSL onde foram definidos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários através da metodologia PI[C]OD (quadro I), para proceder à sua seleção e posteriormente à constituição da amostra bibliográfica.

Quadro I: Critérios de inclusão e exclusão de estudos primários.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P (Participantes)	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros; Clientes adultos ou idosos e/ ou sua família; 	<ul style="list-style-type: none"> Participantes: somente outros profissionais de saúde, que não de enfermagem; Clientes: crianças, recém-nascidos, adolescentes;
I (Intervenções)	<ul style="list-style-type: none"> Processo de transmissão de más notícias; 	<ul style="list-style-type: none"> Processo de comunicação;
O (Resultados)	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros no processo de transmissão de más notícias; 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros fora do processo de transmissão de más notícias;
D (Desenho)	<ul style="list-style-type: none"> Sem limitação de paradigma-estudos de natureza quantitativa e qualitativa; 	<ul style="list-style-type: none"> Dissertação ou tese; RSL;

Tendo em conta que os participantes da questão de investigação são profissionais de enfermagem e clientes adultos ou idosos e/ ou a sua família, foram excluídos os estudos realizados apenas com outros profissionais, como os de medicina.

A diferença de idade manifesta valores e dinamismo distintos, bem como a linguagem, os comportamentos, a delicadeza, a experiência de vida e o conhecimento, sendo assim necessário ajustar as estratégias de comunicação a utilizar à etapa de vida do cliente/família. Por este motivo, foram excluídos os estudos realizados com crianças, adolescentes ou recém-nascidos.

O processo de transmissão de más notícias gera uma reação psíquica semelhante à descrita por Elisabeth Kubler-Ross (2008) para o luto com cinco estádios que nem sempre se processam no mesmo ritmo sequencial, tendo as estratégias de comunicação de ser adequadas ao estádio em que o cliente/família se encontre para se poder compreender a vivência do sofrimento e contribuir para uma resolução saudável da situação. Por este motivo e considerando a intervenção da RSL, foram excluídos os estudos que embora pudessem abordar estratégias de comunicação, não se integravam no processo de transmissão das más notícias, como por exemplo, os estudos sobre as estratégias de comunicação no contexto dos cuidados paliativos, em fase final de vida.

Estudos quantitativos têm por objetivo avaliar uma intervenção contudo, e apesar da sua grande importância na saúde em geral e na enfermagem em particular, não incluem métodos interpretativos, observacionais nem descritivos, característicos de grande parte da produção científica em enfermagem. Contrária e complementarmente, a pesquisa qualitativa é um cenário de práticas interpretativas que mistura procedimentos de natureza racional com intuitivos para interpretar os significados atribuídos pelos clientes, familiares e profissionais de saúde ao fenómeno em estudo, melhorando conseqüentemente a sua compreensão. Traduzindo a experiência clínica evidências científicas e sendo a relação interpessoal uma condição intrínseca aos cuidados de enfermagem, as experiências vivenciadas são bastante valorizadas e aprofundadas através deste tipo de pesquisa (Julian et al.,2011; Egger et al.,2007). Deste modo, embora a questão da RSL se refira a factos objetivos, observáveis, e passíveis de quantificar – estratégias, o fenómeno em estudo – processo de transmissão de más notícias, relacionado com a experiência profissional, requer uma ampla compreensão e interpretação, sentindo-se assim necessidade de incluir nesta RSL estudos de abordagem quantitativa e qualitativa como forma de relacionar a evidência científica com a prática

clínica no contexto do dia-a-dia e incorporar o significado e intencionalidade aos atos, relações e estruturas sociais.

A pesquisa foi realizada em bases de dados bibliográficas *on-line* nacionais e internacionais – Biblioteca Virtual em Saúde/LILACS, EBSCO (CINAHL plus with full text, MEDLINE with full text), SCIELO – scientific electronic library online, PubMed durante o mês de maio e junho do ano 2014. Pesquisou-se também no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (Repositórios de Universidades: Católica Portuguesa, Fernando Pessoa, do Minho, da Madeira, de Aveiro, de Lisboa, do Porto, de Évora, de Coimbra, dos Açores e do Algarve; Repositórios da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Repositórios dos centros hospitalares de Coimbra, Lisboa Central e do hospital de Braga e no Repositório comum). Pesquisou-se ainda a partir de referências de artigos originais e artigos de revisão sobre o tema, bem como manualmente em revistas e jornais.

Para identificar os estudos foram utilizados na pesquisa das diferentes bases de dados os descritores em saúde, *health communication, truth disclosure, breaking bad news e nurse*. Estes descritores foram combinados usando os termos “*and*” e “*or*” da linguagem booleana. A pesquisa teve por limite temporal os últimos 5 anos, tendo sido somente incluídos os estudos realizados desde o ano 2009 ao ano 2014, inclusive. Os idiomas da pesquisa restringiram-se ao inglês e português, tendo este sido outro aspeto limitador dos resultados obtidos da pesquisa.

A amostra inicial foi constituída por duzentos e três (203) artigos. Destes, trinta e três (33) estavam repetidos pelo que, a seleção inicial partiu de cento e setenta (170) artigos. Estes artigos foram avaliados e selecionados através da leitura do título e posteriormente, pela leitura do resumo para fazer uma primeira avaliação quanto à pertinência dos mesmos face à questão de investigação formulada. Foram selecionados vinte e seis (26) artigos os quais foram lidos na íntegra com o objetivo de identificar o nível de cumprimento dos critérios definidos, resultando deste processo de seleção uma amostra bibliográfica final, de três (3) estudos.

O reduzido número de estudos deve-se sobretudo ao desenho pois, a maioria eram reflexões sobre a temática, não seguindo o método científico. Estes artigos forneceram contudo, preciosos *insights* sobre aspetos do processo de transmissão de más notícias, constituindo alguns deles a base da análise e discussão.

Síntese e transformação dos resultados

A síntese da evidência empírica a que tivemos acesso pelos estudos incluídos nesta RSL encontra-se descrita no quadro II, onde se agregam as características de cada um dos estudos de acordo com os critérios de inclusão definidos: intervenção (I), participantes (P), resultados (O) e tipo de estudo (D), identificando igualmente o ano, o país e o(s) autor(es).

Após a sua avaliação crítica verificou-se que um (1) é de natureza qualitativa e dois (2) são de natureza quantitativa. No que respeita ao país, constatou-se que dois (2) foram realizados no Reino Unido e um (1) no Irão. Relativamente ao número de participantes do estudo variou entre os 224 e os 109 contudo, todos os estudos selecionados mencionam fatores dificultadores do processo de transmissão de más notícias, evidenciam a formação conferida aos enfermeiros para desempenharem esta atividade, especificando o papel desempenhado pelos mesmos e apresentam estratégias de comunicação para transmitir as más notícias, conferindo assim importantes informações para responder à questão principal, bem como às questões secundárias.

Este conhecimento, bem como a análise e interpretação do desenho e resultados dos estudos foram respetivamente, adquiridos e possíveis após várias leituras dos mesmos.

Quadro II – Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica.

Estudos primários	Intervenção	Participantes do estudo/ contexto	Resultado	Tipo de estudo
Arbabi, Roozdar, Taher, Shirzad, Arjmand, Mohamm, et al. (2010)	Com o objetivo de avaliar a atitude dos profissionais de saúde durante a transmissão más notícias para posteriormente desenvolver uma norma sobre o modo de transmitir más notícias no Irão, foi aplicado um questionário a enfermeiros e médicos, elaborado com base numa revisão de literatura e validado em cinco (5) professores de oncologia e psiquiatria.	100 Profissionais de saúde que prestam cuidados na área da oncologia: – 50 Médicos, 15 dos quais docentes: 21- radioterapeutas; 20- cirurgiões; 9- oncologistas; A média de idades era 36 anos e a média de anos de experiência profissional 6,5 anos. – 50 Enfermeiros: 45 bacharelato, 5 mestrado; A média de idades dos enfermeiros era 38 anos, e a média de anos de	Os enfermeiros asseguram a compreensão da informação, promovem a adaptação psicológica, asseguram a satisfação com os cuidados e o nível de esperança por parte do cliente/família. Comunicam também, em média, 4,06 casos de más notícias por mês, embora a sua maioria, 94% não tenha recebido formação. A ausência de formação, associada à preocupação com a reação emocional e o desejo de informação do cliente/família, com o prognóstico da doença e com as características demográficas dos profissionais são dificuldades que fazem emergir a necessidade de formação sobre habilidades comunicacionais em 62% dos enfermeiros que participaram no estudo. No entanto, este processo é dificultado por vários outros fatores como o humor, as crenças religiosas, a informação prévia e a idade do cliente e/ou do profissional pois, quanto mais velho e mais experiente for este último, maior facilidade e mais	Estudo quantitativo

		experiência profissional 10 anos.	habilidades demonstra. A maioria dos enfermeiros (60%) preferem transmitir más notícias em presença de familiares, considerando como local ideal o hospital. Como estratégias conferem espaço para a expressão de sentimentos, respeitam o silêncio, são honestos e atendem ao direito de informação do cliente.	
Warnock, Tod, Foster, Soreny. (2010) Reino Unido	Com o objetivo de explorar o papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias em contexto hospitalar e a formação/ apoio que lhes é conferido para o desempenho deste papel foi realizado previamente um estudo piloto e aplicado, em 2007, um questionário desenvolvido com base numa RSL, na opinião de enfermeiros especialistas em cuidados paliativos e em estudos hospitalares, com recurso a escalas de <i>Likert</i> e perguntas abertas e validado nos membros de um grupo de investigação e posteriormente em 5 enfermeiros do serviço de obstetrícia e 5 do serviço de ginecologia. O questionário explorava três tópicos: o papel do enfermeiro na comunicação de más notícias, as experiências no envolvimento do processo de comunicar más notícias, tipo e alcance da educação recebida pelos enfermeiros para comunicar más notícias.	142 Enfermeiros – <i>staff nurses</i> , 64 enfermeiros responsáveis, 10 enfermeiros especialistas, 4 tutores, 3 enfermeiras parteiras, 1 enfermeiro chefe, selecionados de 59 serviços médicos e cirúrgicos.	Papel do enfermeiro no processo de transmissão de más notícias em contexto hospitalar passa por preparar o cliente e família para a má notícia, identificar as suas necessidades de informação, promover a compreensão da mesma bem como da sua situação de saúde esclarecendo dúvidas e colaborar na tomada de decisão e preparação do futuro, assegurando um apoio contínuo. Relativamente aos fatores dificultadores do processo de transmissão de más notícias foram identificados e agrupados em três tipos: físicos/ práticos, linguísticos/ culturais e défice de conhecimento do enfermeiro. Também a decisão sobre quem deve estar presente durante o processo de transmissão de más notícias, o condicionalismo imposto pelos familiares, a reação do cliente/família às más notícias, o tipo de evento e a formação prévia dos enfermeiros podem funcionar como dificuldades acrescidas ao processo de transmissão de más notícias. Relativamente a esta última dificuldade, formação adquirida na área, a maioria dos enfermeiros confirmam ter recebido pouca ou nenhuma, tendo aprendido algumas habilidades por meio de métodos informais tais como a experiência e a observação dos colegas mais experientes. As estratégias passíveis de adotar passam por transmitir as más notícias junto de uma pessoa significativa para o cliente, num local privado, de forma calma, com base no conhecimento adquirido previamente sobre o cliente/família e sua situação de saúde, atendendo assim às diferenças culturais e respeitando o desejo do cliente e não da família, quando distintos.	Estudo quantitativo
Irene, T. (2013) Reino Unido	Com o objetivo de desenvolver um modelo para transmitir más	109 Participantes selecionados intencionalmente: 21- Clientes com	Existem vários modelos para transmitir más notícias, alguns dos quais tidos por base neste estudo para elaborar o novo modelo contudo, não	Estudo qualitativo

	<p>notícias a clientes com défices intelectuais que fosse de encontro às necessidades dos mesmos foram realizadas 5 reuniões de grupo presencial, com um total de 65 participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 reunião de 2h com 13 familiares cuidadores; - 4 reuniões de 1h cada com clientes portadores de défices intelectuais; <p>E também encontros <i>on-line</i> com um total de 22 participantes, durante 2 ou 3 semanas e entrevistas semiestruturadas, presenciais ou por telefone com um total de 22 participantes. Posteriormente, os dados obtidos foram transcritos ou gravados, corrigidos e confirmados pelo participante envolvido para posterior análise.</p>	<p>défices intelectuais, com capacidade de consentir a participação no estudo, capacidade de compreensão e capacidades verbais;</p> <p>28- Familiares/cuidadores com pelo menos um contacto mensal com o familiar com défice intelectual;</p> <p>27- Profissionais de saúde a exercerem funções na área, com experiência no cuidado a clientes com défices intelectuais;</p> <p>33- Profissionais de saúde de cuidados gerais, mas com experiência no cuidado ao cliente com défice intelectual com tempo de vida limitado.</p>	<p>se podem utilizar em pessoas com défices intelectuais. Neste estudo, a decisão e forma de transmitir más notícias dependem da capacidade intelectual e de compreensão do cliente/família, incluindo a sua experiência de vida e visão do mundo, dependem também das pessoas envolvidas no processo e suas atitudes em torno da notícia e do apoio que lhes é conferido, correspondendo estes aspetos às dificuldades enfrentadas durante a transmissão de más notícias. Este processo envolve todo o círculo social do cliente, como familiares, amigos, profissionais da equipa de saúde e da equipa de apoio social, os quais, nomeadamente os enfermeiros, desempenham um importante papel ao ajudar o cliente a compreender e a lidar com a situação e ao garantir o apoio emocional, espiritual, social, prático e informação contínua.</p> <p>A estratégia adotada neste estudo para melhorar o processo de transmissão de más notícias prende-se com a criação de um novo modelo de transmissão de más notícias o qual integra estas três (3) componentes adicionais – compreensão, apoio e pessoas envolvidas e uma (1) componente central - construção da base do conhecimento, e assenta na transmissão da informação de modo faseado, dependendo o seu tamanho da pessoa em questão, do seu prévio conhecimento, sendo progressivamente aumentado. A informação precisa contudo, de ser compreendida, devendo para isso fazer sentido para o cliente/família e ser referente ao momento presente ou futuro imediato.</p>	
--	--	---	--	--

Análise e discussão dos resultados

Crescente número de evidências demonstram que a maioria dos clientes deseja ser informada sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico independentemente do mesmo, mas, contrariamente, uma minoria não o deseja, devendo assim o enfermeiro respeitar esse desejo agindo em conformidade com o mesmo (Arbabi et al.,2010; Warnock et al.,2010;Araújo et al.,2012). Realça-se contudo, que não podem existir suposições sobre a má notícia pois, este conceito depende do cliente/família que a recebe (Irene, 2013).

As estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na transmissão de más notícias ao cliente adulto ou idoso e/ ou sua família identificadas nos estudos dividem-se em verbais e não-verbais, consistindo as verbais na utilização de uma linguagem simples, sem termos técnicos, de um discurso inequívoco, claro e honesto com sentido

lógico para o cliente e/ou sua família, incluindo no mesmo declarações encorajadoras, como *estou a acompanhá-lo, admiro a sua coragem*, em detrimento de frases decepcionantes como *Deus o leve*, em situação de morte. As estratégias não-verbais identificadas consistem em informar na presença de um familiar ou pessoa significativa, sobre o momento presente ou futuro imediato, de forma gradual e crescente, dependendo desse aumento da compreensão, do conhecimento e da capacidade do próprio cliente/família em lidar com essa mesma informação (Arbabi et al.,2010; Araújo et al.,2012; Irene, 2013).

Sendo esta uma atividade multidisciplinar outras estratégias identificadas passam por envolver toda a equipa multidisciplinar e promover aos profissionais formação e treino adequado sobre as mesmas, nomeadamente aos enfermeiros, para tornar este processo parte integrante da sua atuação profissional (Pereira, 2009; Arbabi et al.,2010;Warnock et al.,2010). Identificar as necessidades e desejos de informação do cliente/família respeitando os seus limites em querer ouvi-la, os quais podem ser observados no seu comportamento ou discurso, é outra estratégia evidenciada nos estudos revistos (Silva,2012). Um outro exemplo pressupõe escolher o local onde se partilhará a informação podendo este ser o hospital ou a própria casa do cliente consoante as suas características e condição de saúde pois, quando em presença de um cliente com défices intelectuais, por exemplo, o hospital é um local desadequado. Contudo, independentemente das mesmas privilegia-se sempre um local calmo que assegure a privacidade e o conforto do cliente/ família constituindo este, de acordo com Ribeiro e Costa (2012) uma necessidade de toda a pessoa humana contínua ao longo da vida na saúde e na doença, experimentada quando satisfeitos os três tipos de necessidades de conforto, alívio, transcendência e tranquilidade, nos quatro contextos da experiência, o físico, psicoespiritual, social e ambiental (Edwards,2010; Arbabi et al.,2010; Kolcaba, 2003). O conforto proporcionado pelo local potencia outras estratégias identificadas como, conferir tempo e espaço durante o processo para o cliente/família falar ou expressar por meio de gestos, comportamentos ou momentos de silêncio, as suas emoções e sentimentos e assegurar um apoio emocional, espiritual, social e cognitivo contínuo (Pereira, 2009; Arbabi, et al.,2010; Irene, 2013).

Recorrer ao toque terapêutico relembrando contudo, que a sua interpretação depende de vários aspetos como a parte do corpo tocada, a força exercida e a cultura do cliente, é outra estratégia que emerge no âmbito da investigação e que, à semelhança de todas as

outras é concordante com a literatura (Pereira, 2009; Edwards,2010; Silva, 2012). A revisão dos estudos permite concluir quanto à existência de modelos de transmissão de más notícias, como o modelo criado por Buckman, que funcionam como guia de orientação do processo desde que adequados ao contexto e aos participantes. A utilização destes modelos pressupõe que encarem esta atividade como um processo e não como um momento e que reconheçam os desafios enfrentados pelos enfermeiros nos diferentes contextos da prática, uma vez que mais de metade das pessoas adultas à semelhança das pessoas com défices intelectuais, problemas mentais ou síndrome demencial apresentam dificuldades em compreender a informação básica em saúde. No entanto, a investigação demonstra que existe pouca prática baseada na evidência (Warnock et al.,2010; Araújo et al.,2012; Irene, 2013).

São consistentes os resultados dos vários estudos e a literatura existente quanto à importância do modo de transmissão de más notícias pois, determina o impacto das mesmas influenciando a compreensão do cliente/família, a sua adaptação psicológica, reação emocional e planeamento futuro (Arbabi et al.,2010; Araújo et al.,2012; Irene, 2013). Torna-se indispensável a sua correta realização uma vez que a comunicação efetiva, uma das mais importantes habilidades dos profissionais de saúde, demonstra preocupação e cuidado, humaniza os cuidados, melhora a relação interpessoal e consequentemente a qualidade dos cuidados. Aumenta ainda a aceitação da doença e tratamento por parte do cliente/família, incentiva a sua decisão quanto ao mesmo e assegura a sua satisfação e esperança realista transmitindo apenas informação útil (Arbabi et al.,2010; Warnock et al.,2010; Shannon et al.,2011; Irene, 2013).

As estratégias de transmissão de más notícias identificadas contribuem para uma comunicação adequada e efetiva quando empregues corretamente, o que pressupõe formação e treino adequado pelos enfermeiros. Contudo, a literatura, de acordo com Pereira (2009), demonstra que a formação dos enfermeiros e o treino das estratégias é bastante reduzido ou inexistente, indo de encontro ao resultado do estudo realizado por Arbabi et al. (2010) em que, 94% dos enfermeiros participantes não receberam formação sobre esta técnica durante a sua formação académica e ao estudo desenvolvido por Warnock, Tod, Foster, Soreny (2010) em que esse valor correspondeu a cerca de metade dos participantes, 53%. Os estudos revistos demonstram ainda que os métodos de aprendizagem mais frequentes são os métodos informais tais como, a observação da

prática dos colegas e a experiência adquirida ao longo do tempo sendo contudo, este método de auto aprendizagem considerado como o menos viável (Pereira, 2009).

A evidência científica comprovada pela literatura demonstra que outros fatores influenciam a qualidade do processo de transmissão de más notícias sendo um dos fatores de maior influência o sentimento do enfermeiro em particular os seus medos, como o medo de fazer mal, de retirar a esperança, de provocar e enfrentar uma reação negativa, de não saber lidar com os próprios sentimentos, do confronto com um domínio não estudado e conseqüentemente de não saber responder. Uma outra limitação identificada foi o déficit de conhecimento relativamente ao processo clínico, situação de saúde ou história de vida, associado ao fator falta de tempo por sobrecarga de trabalho ou inadequado número de profissionais, o que impossibilita o esclarecimento de dúvidas do cliente. Contudo, esta limitação pode ainda estar associada ao caráter inesperado e súbito de situações e eventos significativos, como acidentes de viação, que impedem a preparação prévia da atividade (Pereira,2009; Arbabi et al.,2010; Warnock et al.,2010; Araújo et al.,2012).

No entanto, estes fatores limitativos não se restringem aos enfermeiros, estendem-se a fatores relacionados com o cliente/família e com o contexto (Araújo et al.,2012). O contexto, como o espaço físico escolhido para transmitir as más notícias é outro fator influenciador pois, quando inadequado pode comprometer a resposta emocional do cliente (Edwards, 2010; Warnocket al.,2010; Irene, 2013). Por último, relativamente às limitações relacionadas com o cliente/família ressalta o prognóstico da doença, o desejo de informação e o conhecimento base detido pelo mesmo que envolve todo o seu círculo social e se relaciona com outros fatores como a experiência de vida, visão do mundo, capacidade intelectual e contexto socio cultural. Os resultados dos estudos, indo de encontro à literatura, evidenciam ainda a influência de crenças religiosas, da idade e do idioma falado no processo de transmissão de más notícias. A última limitação que emergiu desta revisão foram os condicionalismos impostos pelos familiares, como o pedido de não informar o cliente da transição saúde-doença, que colide com o dever moral, ético e legal dos enfermeiros dando frequentemente origem a um conflito interior (Pereira,2009;Arbabi et al.,2010;Warnock et al.,2010; Silva,2012;Irene,2013). Nesta RSL destaca-se o papel ativo e significativo dos enfermeiros no processo de transmissão de más notícias, atuando como recetores ao apreenderem as mensagens significativas em situações de transição e como emissores ao transmitirem atitudes, atenção,

compreensão e ajuda. Compete também ao enfermeiro a função de identificar, através da relação interpessoal estabelecida, o momento adequado para transmitir a informação e iniciar a discussão sobre os cuidados. A preparação do cliente/família para receber a má notícia e o convite dos mesmos para falarem sobre a informação transmitida, a sua clarificação e explicação das suas implicações, são outras formas de estar presente nos enfermeiros que contribuem para a construção do conhecimento e preparação do futuro. Os enfermeiros colaboram ainda na gestão de sentimentos e reações emocionais assegurando o apoio adequado para que o cliente/ família tolere a mudança de forma gradual e contínua (Pereira, 2009).

Conclusão

O estado inicial da arte mostra que o processo de transmissão de más notícias é difícil e constrangedor para o cliente/família e também para os profissionais envolvidos, assumindo o enfermeiro um importante papel na adaptação do cliente/família à situação e alcance do reequilíbrio através da preparação, transmissão e do apoio conferido ao longo do processo.

Existem diversas estratégias de comunicação para transmitir más notícias como identificar necessidades e desejos do cliente/família, escolher o local, envolver a equipa, transmitir a informação de forma gradual, utilizando um discurso claro e honesto em presença de uma pessoa significativa/familiar, utilizar o toque, conferir espaço e tempo para a expressão de sentimentos e emoções, garantir o apoio contínuo e utilizar o modelo de Buckman. Contudo, a escolha das mesmas depende das características e particularidades do cliente/família, do próprio enfermeiro e do contexto. Cada processo de transmissão de más notícias exige assim uma estratégia adequada ao seu conteúdo, dependendo a eficácia da mesma da destreza na utilização da estratégia adequada a cada situação, assumindo-se assim a formação e o treino como necessidades imperativas dos enfermeiros. Por este motivo e uma vez que, a sua eficiente e eficaz utilização confere maior segurança, confiança, bem-estar e conforto ao cliente/família, sugere-se um maior investimento na sensibilização, formação e treino dos enfermeiros sobre as estratégias de comunicação de más notícias. Os estudos revistos respondem às questões formuladas contudo, face ao seu reduzido número e à sua heterogeneidade, ousasse inferir que há necessidade de maior clarificação sobre o tema.

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

Neste capítulo pretende-se demonstrar e comprovar a aquisição e/ou desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem MC. Para tal, descrevo, analiso e reflito de forma crítica sobre as atividades desenvolvidas e os cuidados prestados primeiramente, em contexto profissional – UCI's polivalentes e em seguida, ao longo da prática clínica desenvolvida em contexto da UDC e do SUG, com vista à concretização dos objetivos previamente definidos e fundamentados no projeto.

2.1 MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este módulo foi creditado ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei 74/2006 tendo em consideração o percurso de 5 anos desenvolvido em contexto formativo e prático, nas UCI's polivalentes de adultos e pediátrica (UCIP) do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) e atualmente na UCI e na unidade cuidados intermédios (UCInt) ambas de adultos, do Hospital Beatriz Ângelo (HBA). Neste capítulo pretendo evidenciar algumas das atividades desenvolvidas durante o período de experiência profissional que permitiram a aquisição e/ou o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem MC, justificando a creditação obtida.

Na UCI do HCVP prestei cuidados ao cliente adulto/idoso em situação crítica e sua família com diversos diagnósticos de enfermagem e como tal com distintas necessidades de cuidados, nomeadamente ao cliente submetido a cirurgia cardiotorácica no período pré e pós-operatório imediato e mediato, a revascularização do miocárdio não cirúrgica e ao cliente submetido a transplante renal. Na UCIP, um serviço monovalente direcionado para a cirurgia cardiotorácica pediátrica, prestei cuidados ao recém-nascido/criança e sua família no período pré e pós-operatório imediato, mediato e tardio. Contudo, evidencio os cuidados prestados à família pela complexidade, exigência e especificidade dos mesmos. Presentemente presto cuidados na UCI do HBA ao cliente em situação crítica com disfunção orgânica ou multiorgânica e na UCInt ao cliente em presença ou em risco de disfunção orgânica, com necessidade de vigilância organizada, sistemática e contínua e respetivas famílias.

A prestação de cuidados nos meus contextos profissionais respeita a metodologia de trabalho individual baseada no conceito de cuidado global que implica a atribuição de

um enfermeiro a dois clientes em situações potencialmente reversíveis de doença aguda com falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, sendo este responsável por todos os cuidados prestados, os quais se dividem em cuidados de urgência e emergência cujo objetivo primordial é suportar, reverter e estabilizar, e em cuidados preventivos, tratamento e de recuperação que visam criar condições para satisfazer as necessidades identificadas, proporcionar oportunidades de uma vida com qualidade e ensinos de educação para saúde. Porém, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multidisciplinar e as suas intervenções diferenciam-se em autónomas e interdependentes pelo que, nos momentos de admissão são excecionalmente prestados cuidados funcionais ou seja, parcelados em tarefas, e em situações de emergência são prestados cuidados em equipa, diferenciando-se da metodologia habitual.

O ambiente de CI como afirmado por Urden et al. (2008), é dominado pela alta tecnologia, marcado pela monitorização e tratamento de alterações que ameaçam a vida e geram grande ansiedade no enfermeiro contudo, afirmo que a experiência adquirida me possibilitou desenvolver concomitantemente com as competências práticas, éticas e científicas, competências relacionais e comunicacionais assegurando o *caring* nos meus cuidados. Refiro como exemplo, o incentivo à participação do cliente/família nos cuidados, sempre e o mais possível, consoante as capacidades e necessidades, colaborando nos posicionamentos, na alimentação ou no autocuidado higiene, desmistificando simultânea e gradualmente, toda a panóplia de equipamento e material que se encontra junto do cliente. Concomitantemente, realizo ensinos de educação para a saúde planeando deste modo e desde logo o processo de alta, indo de encontro as menções de Ferreira et al. (2011) ao definir que este processo deve ter início o mais cedo possível, ser transversal a todo o período de hospitalização e envolver o cliente, família e equipa de saúde tendo em vista a qualidade de vida, reabilitação e readaptação do cliente/família. Com base nas experiências relatadas, justifico que embora o equipamento e a tecnologia sejam importantes neste contexto não assumem qualquer relevância perante a ausência de competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais pois, para prestar cuidados de qualidade o enfermeiro utiliza as técnicas disponíveis e incorpora abordagens psicossociais e holísticas, decidindo com base na compreensão das condições do cliente e sua família (Urden et al., 2008).

A minha prestação de cuidados tem por objetivo a antecipação e/ou identificação de necessidades de intervenção especializada, de focos de instabilidade ou de complicações com base no processo de enfermagem o qual tem início com a avaliação das necessidades do cliente/família utilizando a comunicação, entrevista, observação e pensamento crítico sobre os dados colhidos junto do mesmo ou facultados pela monitorização hemodinâmica (invasiva e não invasiva), exames laboratoriais e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT's), prossegue com a elaboração e implementação de um plano de cuidados holístico, adequado e atempado e termina com a monitorização da adequação das respostas e reformulação do mesmo, quando necessário, para atingir os resultados esperados.

Consoante a avaliação realizada podem ser evidenciadas necessidades de cuidados muito díspares pelo que, o tipo de cuidados por mim prestados pode ser muito distinto contudo, envolvem sempre o cliente e a família pois, para além da hospitalização representar um momento de crise e transição e do objetivo da prestação de cuidados ser promover a adaptação dos mesmos mediante as suas crenças, valores e culturas, não se podem prestar cuidados de forma completa ao cliente sem considerarmos a família (Almeida et al., 2009). Assim, relativamente à família saliento o acolhimento inicial realizado de acordo com o protocolo SPIKES numa sala própria, sendo este um processo de proximidade assente na comunicação e partilha de informação através do diálogo, escuta, presença, corresponsabilidade, comprometimento e valorização do outro (Martins et al., 2008). Embora o tente desenvolver em equipa, nem sempre é exequível por motivos relacionados com as contingências do serviço e urgência das situações no entanto, a informação facultada de forma terapêutica e mediada pode ser referente aos cuidados de enfermagem, bem como à notícia de morte, diagnóstico médico ou outra qualquer temática questionada, assegurando o direito do cliente/família ao acesso à informação sem descurar o cumprimento dos princípios éticos, nomeadamente, o da beneficência, patenteando assim a complementaridade funcional consubstanciada pelo trabalho de equipa e comprovando ser o enfermeiro o profissional mais bem habilitado para responder às necessidades identificadas (Deodato, 2008; Parecer do Conselho Jurisdicional 92/2009). Através do processo de acolhimento à família pretendo identificar e satisfazer as suas necessidades de cuidados, esclarecer e explicar a transição saúde-doença do cliente, os cuidados prestados e conferir apoio emocional, minimizando o impacto inicial nomeadamente, visual. Para tal, esclareço

dúvidas, descrevo o ambiente envolvente e acompanho o familiar até junto do leito do cliente, demonstrando disponibilidade e reforçando-a mesmo através do silêncio, nos instantes em que permaneço junto dos mesmos.

Direcionando-me para os cuidados prestados diretamente ao cliente, menciono a participação na colocação e manutenção de equipamento invasivo, interpretação de resultados e prevenção de complicações relacionadas com o mesmo como por exemplo os cateteres arteriais, venosos centrais (CVC), de Swan-Ganz e de termodiluição como o picco. Assim, e uma vez que a maioria das infeções sistémicas são originadas por microrganismos da flora cutânea por contaminação do local de inserção do cateter, por perfusão de soluções contaminadas e pelas conexões do dispositivo, um dos mais importantes cuidados prestados consiste na prevenção e controlo de infeções associadas aos cateteres através da manutenção da assepsia na realização de penso, desinfeção da conexão com álcool a 70% antes de adaptar o prolongamento estéril da perfusão, proteção das portas de entrada do cateter com tampas evitando a sua exposição ao ar, substituição de sistemas de perfusão em intervalos máximos de 96 horas, cumprindo assim os protocolos implementados pela CCI e indo de encontro às diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (2011). Outra estratégia adotada é a atualização e aprofundamento de conhecimentos através de pesquisas desenvolvidas e da participação como formanda nas sessões formativas realizadas no meu contexto laboral.

Perante um cliente com falência orgânica/multiorgânica eminente ou estabelecida presto cuidados em conjunto com a restante equipa multidisciplinar assegurando a assistência ou substituição dessa função através da implementação de ventilação mecânica invasiva (VMI) pelo tubo endotraqueal (TET) ou cânula de traqueostomia ou não invasiva (VMNI), através da realização de plasmaferese, de técnica de substituição renal intermitente ou contínua, através da colocação de *pacemakers* temporários ou definitivos, transcutâneos, epicárdicos ou transvenosos, ou de dispositivos mecânicos de circulação assistida como balão intra aórtico (BIA), colaborando no procedimento técnico, assegurando a adaptação do cliente, o correto funcionamento do equipamento, prevenindo ou identificando atempadamente complicações e assegurando sobretudo, o conforto do cliente e da sua família. Particularizando à VMI alguns dos cuidados de enfermagem consistem em otimizar o TET/cânula, promover a adaptação ventilatória ajustando a sedação e/ou curarização e colaborando no ajuste de parâmetros ventilatórios de acordo com o protocolo instituído mediante interpretação de

gasometrias arteriais e assegurar a permeabilidade da via aérea (VA) procedendo à aspiração de secreções. Este procedimento é realizado somente quando necessário, como perante a evidência de secreções no TET/cânula de traqueostomia, quando identificados ronos através da auscultação pulmonar, perante o aumento das pressões de pico nas VA's acima de 35cmH₂O, a diminuição das saturações periféricas de oxiemoglobina (spO₂) ou da pressão parcial de oxigênio dissolvido no sangue (paO₂) pois, várias complicações podem derivar do mesmo. Para atenuar o risco das mesmas são prestados distintos cuidados, assim, de acordo com Marcelino (2009) e com vista à prevenção de complicações por hipoxemia é fornecida uma pré e pós hiperoxigenação ao cliente, monitorizando continuamente os sinais vitais nomeadamente a spO₂ e aspetos físicos do cliente, como a coloração de pele e mucosas. Para minimizar o risco de infeção é mantida a elevação da cabeceira entre 30°–45° e utilizada uma luva e sonda estéril de uso único, de diâmetro inferior a metade do diâmetro interno do TET/ cânula, que deve ser retirada em aspiração contínua ao fim de um período máximo de 10–15 segundos reduzindo concomitantemente o risco de atelectasias. A pressão de aspiração deve estar compreendida entre 90–150mmHg para que, a par das complicações referidas atenuie também o risco de traumatismo da VA.

Em situações eletivas além de se valorizarem as dimensões técnicas e científicas, é essencial o consentimento informado livre e esclarecido inscrito no artigo 38.º do código penal, garantindo o respeito pela individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade do cliente, humanizando os cuidados, minimizando a ansiedade e aumentando a participação do cliente/família nos mesmos, contribuindo para a sua qualidade e sucesso (Almeida et al., 2009). Contudo, também presto cuidados em situações de emergência onde tal não é possível, sendo no entanto assegurado o respeito pelos direitos e interesses do cliente com base no consentimento presumido, previsto no artigo 39º do código penal.

Em situações de emergência, como paragem cardiorrespiratória (PCR), nas quais o cliente se encontra em risco eminente de vida colaboro na realização de procedimentos terapêuticos invasivos como externotomia e pericardiocentese, preparando e facultando o material necessário, observando atentamente e interpretando criticamente sinais vitais, características e comportamentos do cliente, prevenindo ou identificando precocemente alterações elétricas e/ou hemodinâmicas, informando o médico sempre que pertinente após validação da mesma.

Nestas situações são prestados cuidados em equipa sob a liderança de um enfermeiro a qual assumo com frequência, combinando o conhecimento, a experiência e a capacidade de pensar, competências que de acordo com Silva et al (2014) são essenciais na resolução de problemas complexos e gestão da equipa, sendo esta última efetivada pela atribuição de distintos papéis aos seus membros, pela avaliação da articulação e eficácia da mesma através por exemplo da realização de um debriefing, como meio de realçar e felicitar primeiramente pelos aspetos positivos e discutir posteriormente aspetos a melhorar, sugerindo alterações no sentido de minimizar inconformidades em futuras atuações e assegurar a eficácia, eficiência e segurança dos cuidados.

A segurança dos cuidados e consequentemente dos clientes/famílias é a base da qualidade dos mesmos e assenta numa atitude preventiva, justificando o facto de a minha atuação ser sustentada não só pelas estratégias emanadas pela CCI como também pelo gabinete de gestão do risco pois, ao longo da minha prestação de cuidados identifique e analise situações de risco, propondo e implementando soluções para os problemas identificados através de cuidados como monitorizar o risco de queda utilizando a escala de Morse, descer o plano do leito em clientes desorientados no espaço ou com agitação psicomotora e proceder à contenção física quando existe risco de queda ou de exteriorização de material e/ou equipamento de monitorização.

Indo de encontro a outra esfera dos cuidados, a gestão dos cuidados, considero desempenhar um papel dinamizador na sua melhoria ao ter participado como formadora num projeto desenvolvido em Angola, que teve por objetivos desenvolver as competências dos enfermeiros e promover a autonomia dos mesmos na prestação de cuidados e atualmente, ao participar como formadora nas ações de formação realizadas no serviço. Relativamente à gestão dos cuidados prestados referentes a intervenções interdependentes e autónomas organizo-as seguindo a metodologia científica, em conjunto ou não com a equipa multidisciplinar, respetivamente, e materializo-as com a prática, resultado do processo de tomada de decisão, tentando a título de exemplo assegurar o sono contínuo do cliente no período noturno, evitando prestar cuidados de enfermagem invasivos ou remarcando procedimentos não urgentes pois, a privação de sono constitui um dos principais fatores que afeta o processo de recuperação nos clientes internados em UCI aumentando a sua morbilidade e mortalidade (Eliassen et al., 2011). Contudo, para além dos cuidados de enfermagem emergem outros fatores influenciadores do sono, nomeadamente, fatores ambientais como a presença de luz e o

ruído os quais tento atenuar através da diminuição da intensidade da luz, baixando estores e desligando luzes artificiais e através da diminuição da intensidade do som, ajustando limites de monitores e ventiladores, desligando rapidamente alarmes, antecipando as trocas de seringas em perfusão contínua, reduzindo tom de voz e a intensidade do toque dos telefones (Gomez-Sanz, 2012). Os fatores emocionais como medos e angústias constituem, de acordo com Proença (2011) outro obstáculo ao sono do cliente na UCI confirmado pelo testemunho dos mesmos. Também a dor foi apontada por Silva (2011) e Costa (2013) como perturbadora da qualidade do sono, sendo a sua gestão um cuidado essencial na UCI pois, independentemente da situação todo o cliente hospitalizado em UCI se encontra sujeito a múltiplas fontes de dor como a cirurgia, o equipamento invasivo e as intervenções de enfermagem e médicas, representando este um importante fator de *stress* para o mesmo (Urden et al., 2008). Por este motivo, monitorizo-a continuamente no decurso da minha prestação de cuidados aplicando escalas de autoavaliação – escala visual analógica (EVA), escala de faces e heteroavaliação – behavioral pain scale (BPS), checklist of nonverbal pain indicators (CNPI), consoante o estado neurológico e défices cognitivos do cliente e colaboro no seu controlo e alívio por técnicas farmacológicas e não farmacológicas como exercício, técnicas de distração que têm por objetivo encorajar o cliente a focar a sua atenção numa imagem ou estímulo que não a dor, massagem, posicionamento, adequação do ambiente envolvente e, quando em presença de dor total manifestada por evidências de mal-estar físico, psicossocial e espiritual utilizo e benefico com a presença dos familiares, sendo estes um recurso significativo na gestão da dor (Castro et al., 2010). Uma outra situação que demonstra a solidez do processo de tomada de decisão e comprova simultaneamente a pertinência de valores culturais, sociais e ideológicos bem como do nível de conhecimento, informação e experiência individual é a identificação de clientes/famílias que recusam a transfusão de hemoderivados e o respeito pelas suas convicções religiosas incentivando a equipa multidisciplinar ao replaneamento dos cuidados, podendo estes incluir a administração de terapêutica estimulante da hematopoiese ou a utilização do equipamento de reaproveitamento sanguíneo – *cell saver* em caso de perda hemática significativa através de drenagens.

No meu contexto profissional desempenho funções de chefe de equipa, centradas na gestão de recursos humanos e assentes na organização, na coordenação e na supervisão de todas as ações dos enfermeiros que promovam a eficácia e eficiência, visando a sua

motivação, a qualidade dos cuidados e conseqüentemente o máximo de conforto possível do cliente/família (Bilhim, 2009). Para tal, planeio a distribuição dos cuidados afetando os clientes aos diversos enfermeiros e decidindo sobre discordâncias de ordem técnica ou organizacional. Ainda como chefe de equipa desempenho funções relacionadas com a gestão do serviço, nomeadamente, a gestão da terapêutica, procedendo ao atempado e correto pedido informático assegurando a sua reposição e a gestão de recursos materiais, particularmente empréstimos e devoluções de materiais/equipamentos entre distintos serviços. Este comportamento organizado implica determinar objetivos, conhecer os meios disponíveis, planear, priorizar necessidades e controlar, fazendo uso do pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão (Seixo, 2009).

Ao longo do meu percurso profissional tive a oportunidade de integrar alguns pares no serviço desde a entrada dos mesmos até à sua plena adaptação e também de orientar e avaliar estudantes da licenciatura em enfermagem em ensino clínico do 4º ano.

Perante o relatado neste subcapítulo, considero que as experiências e os cuidados supracitados refletem a integração e o desenvolvimento do conhecimento e das competências necessárias para atender às necessidades do cliente adulto/idoso em situação crítica e sua família, correspondendo estas últimas às competências do enfermeiro especialista em enfermagem MC.

2.2 MÓDULO III – UNIDADE DE DOR CRÓNICA

Os avanços no controlo da dor iniciaram-se na década de 30 e alcançaram o seu auge na década de 60 com John Joseph Bonica nos Estados Unidos ao organizar centros específicos no tratamento da dor, designados por unidades de dor, com uma equipa multidisciplinar (Abejón, 2006). O número destas unidades foi aumentando em todo o mundo sendo evidente em Portugal desde a década de 70 e acompanhado pelo uso da medicação a partir da década seguinte data em que, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a escada analgésica para utilização dos medicamentos.

O seu desenvolvimento em Portugal foi lento e gradual, tendo sido fundada em 1991 a associação portuguesa para o estudo da dor e instituído em 1999 o dia nacional de luta contra dor. Posteriormente, em 2001 foi aprovado o plano nacional de luta contra a dor e por último, em 2003 foi instituído o registo obrigatório como o 5º sinal vital e

proposto pelo plano nacional de luta contra a dor a classificação das unidades de dor em quatro níveis, desde o nível básico ao nível III (Bastos Z, 2005).

A UDC onde realizei o módulo III no período de 17 de fevereiro a 11 de abril, de acordo com a classificação proposta é considerada uma unidade de nível I constituída por uma equipa multidisciplinar composta por dois enfermeiros, um dos quais perito no controlo de dor crónica (DC), duas médicas anesthesiologistas e um psicólogo. A multidisciplinaridade da equipa como afirmado por Bastos (2005) não é entendida como o somatório das experiências, mas sim como a sinergia dos seus constituintes pois, os clientes podem apresentar diversos diagnósticos e por conseguinte distintas necessidades de cuidados, nomeadamente de enfermagem, resultando a atuação da equipa do conhecimento da competência de cada profissional e do respeito por essa mesma competência. O método de trabalho na UDC é assim o cuidado em equipa, caracterizado por um trabalho de colaboração e respeito mútuo, responsabilidade partilhada e centrada no cliente (Costa, 2004).

A missão deste serviço consiste em promover o conforto e a máxima qualidade de vida possível ao cliente e/ou sua família através do alívio parcial ou total da DC, definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma dor que persiste após o tempo necessário para a cura de uma lesão, permanecendo por três meses ou mais, recorrendo à utilização de técnicas farmacológicas e/ou não farmacológicas na prestação de cuidados. De acordo com a política *gestão da dor* implementada no serviço, a DC é o sintoma mais prevalente e que mais impacto tem na qualidade de vida do cliente em fase terminal e da sua família, especialmente quando o diagnóstico médico é referente a patologia neoplásica, o mais representativo da UDC, pelo que todos os esforços devem estar centrados no alívio do sofrimento. A UDC funciona nos dias úteis, no período das 8h às 16h e desenvolve a sua atividade fundamentalmente na área de ambulatório. No entanto, colabora também no controlo de dor refratária em clientes internados e desenvolve consultas telefónicas, podendo estas ser realizadas pelos enfermeiros ou pelo cliente e/ou sua família e servindo para reavaliar aspetos como a adequação dos cuidados, a eficácia da terapêutica instituída e/ou para esclarecimento de dúvidas. Paralelamente às consultas de enfermagem são realizadas consultas médicas e tratamentos médicos, indo o cliente/família primeiramente a uma consulta de enfermagem para conhecimento da sua história de vida e de dor, na qual se procede à avaliação e caracterização da dor, bem como à identificação de outras necessidades de

cuidados, sendo posteriormente realizada a consulta médica e prestados no final da mesma novos cuidados de enfermagem correspondentes na sua maioria a cuidados de ensino e educação para a saúde.

Os clientes/famílias a quem são prestados cuidados na UDC têm características bastante distintas e origem diversa, podendo ser por referência externa ou interna de acordo com os critérios definidos na orientação técnica do serviço, exigindo assim dos profissionais competências éticas, técnicas, relacionais, observacionais, planeamento e comunicacionais nomeadamente, na área da farmacologia, fisiopatologia, psicologia (Pimenta et al., 2006).

Deste modo, defini como objetivo geral *desenvolver competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente/família na UDC* e como objetivos específicos, *prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente/família com DC* e *contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da elaboração de um instrumento de registo de enfermagem em suporte informático para apoio às consultas realizadas no internamento e de um póster sobre as estratégias facilitadoras da comunicação em saúde*, ambos calendarizados para todo o período da prática clínica.

De acordo com o estudo de Figueiredo et al. (2014) a dor é uma queixa frequente nos clientes hospitalizados, 2 em cada 3 clientes referem algum tipo de dor e com um impacto considerável nos mesmos, apreciação que justifica a formulação do meu 1º objetivo específico. Para o alcançar, consultei políticas, procedimentos e normas do serviço, bem como processos de clientes cuidados pela equipa. Observei também desde o início e de modo progressivamente mais participativo e autónomo a prestação de cuidados de enfermagem, complementando com reflexões individuais e/ou conjuntas com o orientador as quais, possibilitaram desenvolver a competência **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada**, confrontando também com pesquisas bibliográficas realizadas e com a evidência científica adquirida em artigos científicos pesquisados, alguns dos quais partilhados e analisados com os enfermeiros da UDC, incentivando a discussão perante distintas perspetivas consoante os conhecimentos, informações e experiências.

Desde o início da prática clínica pude confirmar que a missão da UDC é cumprida através da prevenção e controlo do sofrimento por meio da identificação precoce,

cuidadosa avaliação e cuidados adequados da dor e outros sintomas, físicos, psicossociais e espirituais, indo de encontro ao conforto o qual, é por vezes descurado em outros serviços perante a azáfama dos procedimentos técnicos realizados. Os cuidados prestados ao cliente com DC iniciam-se quando a evidencia do melhor cuidado não é prolongar desnecessariamente a vida, mas sim aliviar os sintomas e manter o bem-estar, indo de encontro à filosofia dos cuidados paliativos que em muito se distancia dos cuidados por vezes prestados no meu contexto de trabalho, os quais suscitam um dilema ético entre o uso indiscriminado de técnicas e intervenções desumanas e sobranceiras em clientes sem possibilidade real de recuperação e o verdadeiro cuidado de enfermagem.

Ao estabelecer um paralelismo entre as distintas realidades reconheci que os cuidados por mim prestados necessitam de ser (re)avaliados, conferindo aos mesmos maior atenção ao conforto e qualidade de vida, estando desperta para quatro variáveis que determinam a dor – sensorio discriminativa, afetivo emocional, cognitiva e comportamental, impossíveis de se traduzir através de MCDT's ou valores analíticos (Bastos, 2005). Também o conhecimento dos nossos limites, conflitos interiores e impacto que o sofrimento tem em nós, representa um caminhar progressivo para conhecer e aceitar o outro como ele realmente é, justificando assim a necessidade e importância conferida às reflexões individuais ou conjuntas realizadas ao longo da prática clínica as quais, a par da pesquisa de literatura e da partilha de conhecimentos, informações e experiências me possibilitaram **manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.**

Duas temáticas sobre as quais senti maior necessidade de pesquisar e aprofundar conhecimentos para aumentar a compreensão das necessidades de cuidados por parte do cliente/família, com vista a uma maior qualidade dos mesmos foram, os cuidados prestados durante a aplicação de um adesivo cutâneo designado por *qutenza* cuja substância ativa é capsaicina 8% e a terapêutica administrada, por ser bastante específica do contexto.

Os cuidados prestados com recurso ao *qutenza* efetuam-se para alívio de dor neuropática periférica localizada não diabética causada por lesão ou disfunção do sistema nervoso, pressupõem o preenchimento do consentimento informado e devem ser efetivados numa sala fresca com um ambiente tranquilo, com o cliente em repouso no cadeirão sob monitorização da pressão arterial (PA) e limitado a um máximo de 4

adesivos (Schestatsky, 2008). O alívio da dor resultante perdura até 12 semanas, podendo o cuidado ser repetido em intervalos de 90 dias no caso de reaparecimento ou persistência da mesma. Este cuidado requer o uso de luvas de nitrilo no manuseamento do adesivo e na limpeza das áreas cuidadas para proteção do enfermeiro e também o uso de máscara facial com viseira em situações de hiper-reatividade da VA às partículas do adesivo, sendo contra indicado o seu manuseamento junto aos olhos ou membranas mucosas. Os adesivos, independentemente de terem sido ou não utilizados devem, à semelhança de todos os outros materiais que tenham estado em contacto com a zona cuidada, ser selados num saco de polietileno e colocados num contentor apropriado para esse tipo de resíduos pertencentes ao grupo III para posterior eliminação (Astellas Farma, 2011). Contudo, observei na prática que estes resíduos, classificados pelo Decreto-Lei nº187 de 13 agosto como resíduos hospitalares de risco biológico não eram adequadamente triados, constituindo esta uma das mais importantes fases para a minimização e gestão efetiva dos resíduos, uma vez que a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente associados a potenciais contaminações depende dela, pois, de acordo com a direção geral da saúde (DGS) uma triagem incorreta pode constituir um problema ambiental e de saúde pública. Por este motivo e porque o objetivo proposto pela DGS, em atingir o máximo de eficiência preferencialmente os 100% de eficácia na triagem, implica envolvimento, conhecimento e treino adequado dos profissionais de saúde partilhei o guia de informação e segurança do *qutenza*, bem como o documento de orientação de resíduos hospitalares elaborado pela DGS, proporcionando à equipa uma reflexão na e sobre a prática, com o intuito de gerar uma discussão informal relativamente à triagem e acondicionamento dos resíduos hospitalares, desenvolvendo a competência **formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

A reflexão seguinte realça a outra temática sobre a qual senti desde logo necessidade de aprofundar conhecimentos, a terapêutica.

<p>Um cliente de 79 anos de idade do sexo masculino referiu aumento da intensidade da sua dor, de 3 para 5 de acordo com a EVA, solicitando por esse motivo o aumento da dosagem da terapêutica analgésica. Porém, no decurso da consulta, eu e o orientador apercebemo-nos que ele havia caído devido ao desequilíbrio e tonturas, efeitos secundários da terapêutica analgésica prescrita em esquema e que, o agravamento da dor se devia à queda e não à ineficácia da terapêutica. Esta informação foi transmitida ao médico e planeados os cuidados em equipa. Por fim, realizei ensinamentos sobre cuidados preventivos de quedas como apoiar-se no corrimão ao descer/subir escadas, utilizar calçado não escorregadio preferencialmente com sola de borracha, fixar os tapetes ao chão, evitar andar sozinho após tomar a terapêutica e recorrer, se necessário, a um auxiliar de marcha para aumentar a base de sustentação.</p>

Esta reflexão demonstra que o conhecimento adquirido possibilitou desenvolver a competência **produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

Twycross (2001) afirma que o confronto do ser humano com a DC conduz a mudanças extremas na sua vida, a uma deterioração progressiva, a uma incapacidade física que aumenta diariamente e faz emergir múltiplos medos, da morte, de um novo sintoma, da perda de controlo, quase me arriscaria a dizer medo de tudo, mas que no entanto Pimenta et al. (2006) afirmam poderem ser colmatados através de uma prestação de cuidados holísticos e individualizados assente numa relação interpessoal. De acordo Meleis (2000), esta relação a qual pude estabelecer com os clientes e/ou suas famílias de forma empática e calorosa assente na confiança, escuta, compreensão e no respeito pelos demais valores citados no código deontológico, facilita a identificação de fatores de transição e a compreensão da mesma, nomeadamente, a avaliação e evolução da dor, possibilitando a implementação de intervenções de ajuda com vista à estabilidade e sensação de conforto, como traduz a reflexão seguinte.

A Sra. Sara (nome fictício) de 60 anos de idade com o diagnóstico médico de adenocarcinoma pulmonar com metástases ósseas e cerebrais e com o diagnóstico de enfermagem dor presente em grau elevado, em toda a superfície corporal de forma contínua, referia sentir dor física que era contudo, intensificada por uma dor social provocada por morar sozinha e não dispor de nenhum tipo de apoio domiciliário, aspeto percebido no decurso da avaliação de enfermagem. A Sra. Sara tinha apenas um familiar que vivia a cerca de 10km de distância e que por motivos laborais e familiares a visitava apenas duas vezes por semana. A cliente realizava assim todas as atividades de vida diárias (AVD's) de forma autónoma, inclusive a gestão terapêutica, constituindo este o seu principal receio pois, teriam de ser feitas alterações na mesma, as quais devido ao seu estado de saúde em particular a nível neurológico por apresentar períodos de esquecimento e alguma desorientação espaço temporal receava não ter capacidade para cumprir. Por este motivo, as alterações terapêuticas foram discutidas em equipa, iniciando-se terapêutica transdérmica em detrimento da subcutânea (SC) primeiramente sugerida, tendo eu participado no processo de tomada de decisão. Esta situação foi igualmente referenciada para a equipa de cuidados de saúde primários assumindo contudo, a equipa de enfermagem da UDC o compromisso de telefonar semanalmente para maior vigilância e acompanhamento.

Esta reflexão demonstra que a escuta ativa não se limita às palavras, mas implica também a compreensão de atos, silêncios e sentimentos e demonstra ainda a importância da comunicação aberta e efetiva a qual, de acordo com Phaneuf (2005) suporta a relação interpessoal. Esta comunicação, como referido por Tomey et al. (2004) facilita ainda a partilha de sentimentos e emoções que permitem o cuidado mútuo e possibilitam ao enfermeiro ensinar os clientes a experimentarem os seus sentimentos e explorar com eles o modo como lidar com os mesmos, conferindo-lhe a sensação de efetividade dos seus cuidados os quais, asseguram o respeito pelos valores do *caring* descritos por Jean Watson e encaram o cliente e/ou sua família como parceiro no

processo de cuidados e não como objeto dos mesmos. Deste modo, identifiquei de forma criativa o verdadeiro receio do cliente e planeei os cuidados para que tanto este como o seu familiar, pudessem utilizar da melhor forma possível os recursos disponíveis, aprofundando simultaneamente a competência **tomar iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização.**

Esta reflexão traduz uma visão holística que integra aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados ao cliente e promove quer a abordagem farmacológica como a não farmacológica, demonstrando assim a complexidade da dor e evidenciando o conceito de dor total definido por Cicely Saunders (cit in Barbosa & Neto, 2010) como a dor física, acompanhada de dor emocional, dor espiritual e dor social que, quando não aliviada se converte no centro da vida do cliente. Por este motivo, torna-se imprescindível avaliar o impacto da dor na vida do cliente/família e atuar como agente de ensino junto do mesmo promovendo o conhecimento não só prático e farmacológico, mas também de técnicas não farmacológicas possíveis de adotar para seu alívio (DGS, 2001). Sendo a dor “ (...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (IASP, 1974) a sua avaliação integra duas componentes principais, as não observáveis em que o cliente refere sobre a sua experiência sensorial, afetiva e comportamental e as observáveis, subdivididas em observáveis comportamentais como expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e em observáveis fisiológicas como frequência cardíaca (FC), PA, padrão respiratório e palidez e implica o recurso a múltiplos instrumentos de avaliação da dor, como por exemplo as escalas.

As escalas de avaliação da dor dividem-se em escalas de avaliação da intensidade da dor, que correspondem a escalas de autoavaliação como a escala numérica, EVA, escala qualitativa e escala de faces, e em escalas comportamentais de heteroavaliação como BPS e CNPI. Embora se privilegiem as de autoavaliação, a escolha das mesmas depende da individualidade dos clientes a quem se prestam os cuidados (Ritto et al).

O exercício profissional dos enfermeiros, inserido num contexto de atuação multidisciplinar requer uma atuação contínua, conjunta e de colaboração multi e interdisciplinar por parte de todos os elementos da equipa para que o cliente/família obtenha o reequilíbrio pois, nenhuma categoria profissional possui todas as competências necessárias para atender todas as dimensões da dor. Por este motivo, as

intervenções de enfermagem dividem-se em autónomas e interdependentes, sendo nesta dicotomia que assenta o pensamento e sobre a qual o enfermeiro toma a decisão de acordo com as necessidades identificadas (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998). No contexto da UDC as intervenções autónomas abrangem as técnicas não farmacológicas para controlo da dor, sendo estas de grande utilidade pois, a sua utilização conjunta com as medidas farmacológicas proporciona um controlo mais eficaz (Potter & Perry, 2006). Esta dicotomia assegura também a evolução da competência de **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**, transversal a todo o meu percurso e evidente na situação descrita em seguida.

O Sr. Luís (nome fictício) de 40 anos com dor controlada, no final da consulta médica dirigiu-se ao enfermeiro apenas para validar os ensinamentos previamente realizados. No entanto, apresentava humor deprimido indiciando desejo de morrer por se encontrar incapacitado de trabalhar e ter dois filhos menores, motivo que me levou a conversar de novo com o médico, gerando conseqüentemente uma discussão multidisciplinar entre psicólogo, médico e enfermeiros sobre o seu plano de cuidados, terminando com o replanejamento dos mesmos e com o seu encaminhamento para a consulta de psicologia, iniciando acompanhamento pela especialidade.

Esta reflexão comprova não só a presença e pertinência da dor total no reequilíbrio do cliente/família, como assegura também o desenvolvimento da competência **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**.

Os cuidados de enfermagem prestados na UDC embora vastos e distintos são na sua maioria ensinamentos rigorosos ao cliente/família sobre terapêutica analgésica prescrita em ambulatório que implica a dosagem e prevenção de efeitos secundários, contribuindo para o desenvolvimento da sua consciência crítica e estimulando a busca de soluções, indo de encontro à asserção de Carvalho e Carvalho (2006) onde afirmam que o enfermeiro assume um papel fundamental na promoção de saúde em geral e na educação em saúde em particular, como se verifica na reflexão seguinte.

Após o acolhimento do Sr. João (nome fictício) de 40 anos, pude observar que ele se encontrava bastante queixoso atribuindo à sua dor no momento, intensidade 8 segundo a EVA, o que se confirmava através de aspetos observacionais comportamentais como a expressão facial, movimentos corporais e de aspetos observacionais fisiológicos como taquipneia. Seguidamente foi avaliada e caracterizada a dor, a intensidade máxima e mínima, os fatores temporais de agravamento e de alívio, o tipo de dor e descritores, a localização, a irradiação, a duração, frequência de aparecimento e influência no desenvolvimento das suas AVD's, permitindo perceber que a terapêutica analgésica prescrita não era eficaz no seu controlo, tendo o cliente de recorrer com frequência à terapêutica prescrita somente se necessário (SOS), também promotora de um alívio parcial e temporário.

O cliente foi depois encaminhado para a consulta médica dirigindo-se no final da mesma ao gabinete de enfermagem, local calmo e silencioso, com a prescrição para iniciar terapêutica analgésica em perfusão contínua por via SC. Demonstrava-se apreensivo, renitente e ansioso por desconhecer essa via e todo o procedimento. Diante dos sentimentos demonstrados e após prévia avaliação e identificação das suas necessidades, sentei-me ao seu lado expliquei em que consistia a via SC, enumerei as vantagens da sua

utilização, descrevi a técnica de punção do cateter, realizando em seguida ensinamentos sobre os cuidados a ter com o mesmo, utilizando uma linguagem simples sem recurso a termos técnicos. No entanto, aquando da validação dos mesmos o cliente verbalizou receio em se esquecer de algum pormenor importante, nomeadamente, na execução do penso, pelo que escrevi os principais cuidados a ter numa folha que lhe foi entregue.

Esta vivência não só espelha o papel do enfermeiro na educação em saúde, como permitiu também diagnosticar uma necessidade do serviço referente ao suporte escrito dos ensinamentos realizados, nomeadamente, sobre os cuidados a ter com o cateter SC, muito utilizado na UDC por permitir quer a administração de fluídos isotónicos como da maioria dos fármacos necessários para controlo de DC com poucos efeitos secundários ou complicações severas (Pontalti et al., 2012). O aprofundar de conhecimentos sobre a via SC possibilitou-me identificar outros benefícios obtidos com a sua utilização como a maior comodidade conferida ao cliente, o reduzido índice de infeção e a manutenção constante das concentrações dos fármacos, comprovando-se assim a importância da mesma e como tal, a necessidade e relevância de proporcionar e assegurar confiança e segurança aos clientes/família relativamente à mesma através dos ensinamentos.

Um ensino adequado prevê que os enfermeiros desenvolvam a escuta ativa, participem no processo de tomada de decisões juntamente com o cliente/ família colaborando e clarificando as suas escolhas e detenham capacidades para identificar e compreender as convicções do mesmo, para estabelecer com ele uma relação de ajuda e para despertar o seu interesse e entusiasmo pelo bem-estar, pressuposto que vai de encontro à atuação dos enfermeiros da UDC (Carvalho & Carvalho, 2006). Porém, os ensinamentos são bastante exaustivos, aspeto que associado aos medos do cliente/família dificultam a apreensão da informação, motivando a elaboração de um folheto informativo para o cliente/família (APÊNDICE I) e de um documento informativo para publicação na intranet (APÊNDICE II), referentes aos principais cuidados a ter com o cateter SC.

Na reflexão supracitada está igualmente patente a complexidade e dificuldade no controlo da DC pois, embora existam várias técnicas disponíveis para promover o seu alívio, este depende da sua etiologia e características, permanecendo no entanto, a abordagem farmacológica, nomeadamente, a terapêutica opióide como a base fundamental no seu tratamento (Kraychete et al., 2012). Embora introduzida gradualmente em titulação e submetida a reavaliações periódicas de eficácia e risco, esta terapêutica pode provocar distintos efeitos adversos sendo contudo, ainda de acordo com os mesmos autores e atendendo aos testemunhos de clientes a quem prestei cuidados, o mais frequente e desconfortável a obstipação. Barbosa e Neto (2010)

definem este efeito adverso como uma alteração persistente dos hábitos intestinais, ausência ou diminuição do número de dejeções e alteração da consistência das fezes, mais duras ou líquidas em caso de obstrução, onde existe a necessidade de esforço gerando sensação de mal-estar, associada habitualmente a flatulência, distensão abdominal ou sensação de evacuação incompleta. Perante o elevado número de clientes em que este efeito adverso está presente e a necessidade de ensinamentos dos mesmos sobre os cuidados preventivos, foi realizada uma pesquisa de literatura e elaborado, à semelhança do cateter SC, um folheto informativo sobre obstipação e cuidados preventivos (APÊNDICE III) e também um documento informativo para publicação na intranet (APÊNDICE IV) promovendo deste modo o desenvolvimento da competência **abordar questões complexas, de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família**. A entrega dos folhetos informativos, o esclarecimento de dúvidas e a realização de ensinamentos de educação para a saúde ao cliente e/ou família consciencializando-os de hábitos de vida mais saudáveis, principalmente no que se refere à alimentação e atividade física, tiveram boa receptividade e foram considerados pelos mesmos como uma mais-valia, conferindo-lhes maior confiança e segurança. Foi evidenciado deste modo o desenvolvimento da competência **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, ao público em geral**. No entanto, a segurança dos cuidados é promovida não só pelos ensinamentos realizados, como também pela monitorização apertada através de telefonemas via consulta telefónica e periodicidade rigorosa na reavaliação dos mesmos, como demonstrado em reflexões anteriormente citadas.

Relativamente aos cuidados prestados nas consultas de apoio aos serviços de internamento verifiquei que estes são também planeados consoante as necessidades e prioridades identificadas e avaliadas, resultantes da discussão entre os enfermeiros da UDC e a equipa multidisciplinar do serviço onde o cliente se encontra hospitalizado, realçando uma vez mais a importância do trabalho de equipa como forma de complementaridade entre as diversas áreas e saberes com vista ao conforto do cliente obtido pelo maior controlo da sua dor (Pimenta et al., 2006). Deste modo, os enfermeiros da UDC solicitam a participação dos seus pares nos cuidados prestados, comportamento que possibilitou diagnosticar uma necessidade de intervenção junto dos mesmos, resultante da escassa utilização da via SC para administração de terapêutica e relacionada com as técnicas de colocação, manuseamento/ administração de terapêutica

e cuidados a ter com o cateter SC. Para atenuar esta necessidade realizei uma revisão bibliográfica sobre a via de administração de terapêutica SC (APÊNDICE V) a qual, embora arquivada na UDC pode ser sempre que necessário ou requerida, facultada, e por conseguinte consultada por todos os profissionais de enfermagem no sentido de consolidarem e/ou desenvolverem os seus conhecimentos sobre a temática, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

À semelhança dos serviços de internamento, a via SC é também pouco utilizada no meu contexto profissional uma vez que a maioria dos clientes têm colocados CVC's, motivo pelo qual divulguei o trabalho realizado e incentivei a equipa multidisciplinar à utilização da mesma para administração de terapêutica, em particular nos clientes sem acessos venosos e sem possibilidade de os obter, nomeadamente, em clientes com diagnósticos médicos de patologias neoplásicas que refiram e/ou demonstrem dor. Obtive boa receptividade, tendo sido colocadas e esclarecidas algumas questões principalmente sobre a terapêutica possível de administrar por esta via. O exposto permite-me apresentar as competências desenvolvidas, **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização e comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, a enfermeiros.**

A prestação de cuidados de qualidade em particular na UDC necessita para além do trabalho de equipa, do controlo sintomático e do apoio à família, de uma habilidade transversal que é a comunicação pois, “O que nos caracteriza como seres humanos é a capacidade de dizer sobre nós e a capacidade de ouvir, ouvir a nós mesmos e ouvir aos outros” (Pimenta et al., 2006). Concordando com Phaneuf (2005) “ (...) a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento.” Contudo, e ainda segundo o mesmo autor (2005) o processo de comunicação é difícil pois, implica criação e recriação de informação realçando-se a necessidade de confiança, à-vontade e compreensão recíproca. Assim sendo, o processo de comunicação e avaliação deste complexo sinal vital torna-se numa experiência ainda mais difícil e exaustiva, exacerbada pela transição que os clientes/família se encontram na sua maioria a vivenciar.

De acordo com Meleis (2000), nos processos de mudança as transições passam por estabilidade, instabilidade e estabilidade interligado ao movimento e fluxo, surgindo

assim o cuidado de enfermagem voltado para maior sensibilização, consciencialização e humanização com vista a facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável e consequente readaptação dos clientes/família à nova situação, tendo assim definido o 2º objetivo específico.

A comunicação encontra-se em toda a parte podendo ser efetivada por comportamento verbal e não-verbal contudo, de acordo com Nagliate et al. (2013) todas as formas de comunicar permitem observar, identificar e compreender as necessidades do cliente/família, complementando-se. Assim, e sabendo que “ (...) o tratamento da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito de todos os doentes e uma meta fundamental na humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2003) que implica avaliações sistemáticas, torna-se necessário recorrer aos dois tipos de linguagens para o seu maior e melhor controlo como demonstra o póster intitulado por *Comunicação em Cuidados de Saúde* (APÊNDICE VI), elaborado com o intuito de melhorar o processo comunicacional através da divulgação de estratégias facilitadoras do mesmo. Esta atividade surgiu de uma necessidade identificada no decurso de uma reflexão acerca de uma consulta realizada a um cliente com défice cognitivo ligeiro e diminuição da acuidade auditiva aspetos que, embora tenham dificultado o processo de comunicação não comprometeram a sua eficácia, possibilitando a compreensão, a avaliação e a determinação da influência da DC no desenvolvimento das AVD's do cliente, inferindo assim que as estratégias adotadas foram adequadas, o que se comprovou posteriormente através da pesquisa de literatura realizada. No decurso da consulta adequiei a postura colocando-me ao mesmo nível do cliente, sentando-me a seu lado, respeitando a distância de conforto e mantendo-me atenta a eventuais reações de desconforto, demonstrando assim, de acordo com Phaneuf (2005) o tempo e importância consagrado ao cliente. Outras estratégias adotadas consistiram em adequar o tom de voz elevando-o ligeiramente, conversar pausadamente e próximo ao ouvido, repetir a informação sempre que necessário demonstrando calma e tranquilizando o cliente utilizando expressões como “não tenha pressa”. Mantive também o contacto visual, demonstrando, segundo o mesmo autor (2005) interesse e preocupação, proporcionei momentos de silêncio conferindo-lhe a palavra e respeitei os seus próprios momentos de silêncio, assegurando assim o desenvolvimento das competências **incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização e demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de**

especialização. No entanto, os referidos fatores dificultadores em presença de estratégias de comunicação menos adequadas às necessidades impossibilitaram o estabelecimento de um processo de comunicacional efetivo entre o médico e o cliente, motivando a realização da pesquisa que me concedeu as mais recentes evidências científicas sobre estratégias comunicacionais, fundamentais na elaboração do póster que será exposto, quando aprovado, num local de acesso comum a toda a equipa multidisciplinar. Uma outra estratégia facilitadora desta situação em particular e como tal não descrita na literatura, mas que quando sugerida foi prontamente aceite, consistiu na realização conjunta das consultas de enfermagem e médica em futuras situações semelhantes, rentabilizando o tempo e diminuindo especialmente o desconforto sentido pelo cliente face à dificuldade em se expressar. Assegurei desta forma o desenvolvimento da competência **comunicar os resultados da sua prática e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

A partilha de informação é uma realidade constante no quotidiano dos enfermeiros e uma das atividades mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal pois, de acordo com a evidência científica muitos outros fatores para além dos referidos anteriormente dificultam o processo de comunicação como idade, crenças, aspetos culturais e o idioma falado, podendo também o contacto visual anteriormente citado constituir uma dificuldade acrescida, nomeadamente, em países Asiáticos onde denota desrespeito, ou no Médio-Oriente onde constitui um convite sexual (Phaneuf, 2005). Esta dificuldade foi comprovada no decurso da prestação de cuidados a um cliente de nacionalidade indiana que não dominava a língua portuguesa, tendo o processo de comunicação sido estabelecido por intermédio do seu familiar, que desempenhou o papel de tradutor, situação que demonstrou igualmente a importância de encarar o cliente/família como parceiro nos cuidados.

A reflexão seguinte evidencia a importância dos aspetos culturais, assegurando o progresso da competência **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Um cliente do sexo masculino de etnia cigana encontrava-se acompanhado pela esposa e filho. Reconhecendo, de acordo com Phaneuf (2005) a importância e valor por ele atribuído à família, foi possibilitada a presença dos mesmos junto a si durante a prestação dos cuidados, explicando e realçando contudo, a necessidade de se manterem afastados principalmente aquando da colocação e remoção dos adesivos para sua proteção pessoal. No final, a família foi também incluída nos ensinamentos de educação para saúde realizados, reforçando-se os cuidados a ter no domicílio.

No entanto, e especialmente quando a informação a transmitir representa para o cliente/família uma má notícia muitos outros fatores dificultadores podem emergir, como os medos do enfermeiro. O processo de transmissão de más notícias possibilitou-me assim o autoconhecimento das minhas capacidades e limitações, um aspeto que Watson (2002) relaciona diretamente com o cuidado e ciência humana, e possibilitou-me conseqüentemente desenvolver, adotar ou adequar estratégias de resiliência, visto que a pesquisa desenvolvida e comprovada pelas experiências vivenciadas me levaram a concluir que a maioria dos clientes/família deseja conhecer a verdade independentemente da mesma, por lhes conferir a oportunidade de prepararem e organizarem as suas vidas o que não seria feito se a desconhecessem, podendo deste modo provocar algum tipo de frustração ou tristeza por essa não realização. Por sua vez, esta transmissão verdadeira confere-me maior à-vontade, possibilitando-me adotar uma postura mais natural e desenvolver simultaneamente a competência **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**.

Contudo, a valorização da comunicação não se confina à mantida entre a equipa de saúde e o cliente/família, estende-se à comunicação entre os próprios elementos da equipa multidisciplinar pois, “Para que ocorra a interdisciplinaridade, é imprescindível que haja diálogo entre os profissionais e que a comunicação seja clara e franca, mesmo em situações difíceis ou nos conflitos entre os membros.” (Pimenta et al., 2006, p.436). De acordo com Martins et al. (2008) um dos tipos de comunicação realizada dentro da equipa é efetivada através dos registos cuja finalidade consiste em partilhar a informação, descrever a situação do cliente e os cuidados prestados com vista à qualidade e continuidade dos mesmos, constituindo o resultado final uma imagem clara da transição saúde-doença vivenciada pelo cliente/família (Rodrigues et al., 2005).

Os registos têm sido objeto de debate desde o início do desenvolvimento das profissões de ajuda revelando-se para a enfermagem de uma utilidade indiscutível, como se pode observar no seguinte excerto da *Postilla religiosa*, “Todos os dias de manhã, e tarde fareis visita particular aos enfermos, principalmente aos que tiveres de maior cuidado, para dares ao médico informação do que lhe fizestes, e como tem passado; porque alguns enfermos não sabem dar a indicação necessária; e o Médico, quando os enfermos são muitos, não se pode lembrar do que a todos tem mandado fazer: o que vós remediais com muita facilidade, assim pela informação, que deles tendes adquirido, como pela

lembrança, que na tábua da visita tendes formado, sem a qual não visiteis nunca com o Médico, ainda que os enfermos sejam poucos, que não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo” (Santiago, 2005) e confirmar pela citação da OMS “Cuidar não dispensa a escrita”.

O desempenho de enfermagem encontra-se legislado no nº 2 do artigo 19º do Decreto-Lei nº437/ 91 de 8 novembro, o qual o considera deficiente se houver incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados. Com base nos motivos citados, considereei a inexistência de um instrumento de registo das consultas de enfermagem realizadas nos serviços de internamento uma necessidade de intervenção pois, esta lacuna para além de não dar visibilidade ao desempenho dos enfermeiros, não assegura a continuidade do processo de cuidados, nem comunica os aspetos resultantes do mesmo, justificações realçadas por Martins et al. (2008) que afirmam que a ausência ou insuficiência dos registos de enfermagem determinam a menor qualidade dos cuidados e impossibilitam a avaliação dos benefícios da profissão. Centrei-me assim nesta necessidade, desenvolvendo a competência **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.**

Deste modo, propus-me a cooperar na sua resolução através da elaboração de um instrumento de registo para apoio às consultas realizadas nos serviços de internamento, primeiro e para utilização temporária em suporte de papel (APÊNDICE VII), em uso atualmente e seguidamente em suporte informático (APÊNDICE VIII), o qual se encontra em fase de aprovação. Este novo instrumento de registo em suporte informático teve como linhas orientadoras o instrumento de registo informático já existente para a consulta de ambulatório e implicou uma prévia e extensa pesquisa bibliográfica, designadamente sobre a importância e necessidade dos registos e sobre os itens mais pertinentes a avaliar e registar na consulta. Pressupôs também uma profunda reflexão sobre as consultas realizadas, os aspetos avaliados e os cuidados prestados, sendo selecionados após vários momentos de reflexão, partilha e discussão os seguintes itens: características da dor, lembradas através da mnemónica *PQRSTU* correspondente aos fatores **p**rovocatórios ou agravantes, **q**ualidade, **r**egião/ localização e irradiação, **s**everidade/ intensidade da dor, **t**empo de duração/ frequência e aparecimento da dor, **“understanding”** – compreensão do cliente sobre a dor; terapêutica analgésica prescrita e sua eficácia; terapêutica prescrita em SOS e necessidade de recurso; efeitos

secundários da terapêutica e cuidados preventivos, quando realizados. Este instrumento de registo possibilita a utilização de duas escalas para avaliação da dor, a EVA e a CNPI selecionada consoante o cliente se apresente respetivamente comunicativo e sem défice cognitivo ou não comunicativo/com défices cognitivos acentuados. Justifico deste modo o fortalecimento da competência **refletir na e sobre a prática, de forma crítica**.

A opção pelo instrumento de registo em suporte informático deveu-se à crescente complexidade dos cuidados de saúde e como tal à maior quantidade de informação produzida, a par dos benefícios obtidos com a sua utilização em detrimento do instrumento de registo em suporte papel. Alguns destes benefícios são, de acordo com Cunha et al. (2010) a maior confidencialidade, segurança e facilidade em obter informação, uma vez que esta pode ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado, promotor do reequilíbrio do cliente/família. Demonstro assim o desenvolvimento da competência **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**.

2.3 MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O módulo I decorreu no período compreendido entre 28 de abril e 21 de junho, num SUG definido como uma urgência MC que integra a rede nacional de urgências hospitalares e presta cuidados ao cliente/família em situação urgente e emergente com idade igual ou superior a 18 anos. O SUG dispõe igualmente de uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER) integrada na emergência médica pré-hospitalar e é composto por 5 áreas distintas de prestação de cuidados, os gabinetes de triagem, uma zona de consultas de prioridade urgente e muito urgente – “amarelos e laranjas” dividida no posto de observação rápida (POR) e posto de estadia curta (PEC), uma sala de observação (SO), uma sala de reanimação (SR) e uma zona de consultas de prioridade pouco urgente e não urgente – “verdes e azuis” que inclui uma sala de pequena cirurgia (PC).

A SR encontra-se equipada com todo o material necessário para prestar cuidados a 2 clientes em situação emergente de falência/em risco eminente de falência multiorgânica e/ou sempre que seja ativada uma das vias verdes implementadas no serviço – sépsis, acidente vascular cerebral (AVC), trauma ou dor torácica não traumática. O SO dispõe de 10 unidades, 2 das quais de isolamento sendo possível em todas elas a monitorização

contínua dos sinais vitais do cliente, bem como o suporte ventilatório, mecânico e suplementar. O POR, é um posto onde se procede a uma observação e avaliação rápida das necessidades do cliente/família com recurso aos instrumentos básicos de enfermagem de modo a planear e prestar cuidados holísticos e individualizados para alívio total/parcial de sintomas e/ou remissão da situação aguda com vista ao reequilíbrio situacional. Estes cuidados consistem maioritariamente na administração de terapêutica e no esclarecimento e preparação do cliente para a realização de MCDT's. Nas situações em que o cliente/família tem alta de enfermagem são reforçados e validados os ensinamentos, contrariamente, sempre que se preveja um período de permanência mais alargado procede-se à sua transferência para o PEC, uma área onde o direito à privacidade enunciado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes consagrada na Lei de Bases da Saúde n.º48/90 de 24 de agosto e alterada pela lei n.º27/2002 de 8 de novembro, é mais respeitado.

O SUG dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por um número variável de enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de saúde e técnicos de informação e apoio que presta cuidados tendo por objetivo garantir um atendimento urgente, eficaz e eficiente articulando-se para tal com a UCI, bloco operatório (BO) e restantes especialidades, nomeadamente, as que suportam a realização de MCDT's. Particularizando aos enfermeiros dividem-se em 5 equipas, cada uma com um chefe e subchefe que lideram democraticamente, correspondendo o método de trabalho ao cuidado em equipa, em concordância com a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência (2012).

O cliente/família que recorre ao SUG encontra-se a vivenciar um processo de transição por mudanças de saúde-doença entendido por Meleis (2010) como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de redefinição. As transições para além de alterações no bem-estar físico são acompanhadas por uma ampla gama de emoções estendendo-se os complexos e desafiadores cuidados de enfermagem muito para além dos processos de saúde-doença, uma vez que o enfermeiro enfrenta as reações do cliente/família aos problemas reais e/ou potenciais que constituem o foco dos seus diagnósticos (José, 2010; Sheehy, 2011). Os cuidados de enfermagem pressupõem assim e em concordância com Pereira (2008), que o enfermeiro seja perito na arte de comunicar e a utilize como um instrumento no desenvolvimento de todas as suas atividades. Porém, os cuidados de enfermagem

prestados no SUG requerem igualmente amplos conhecimentos científicos, teóricos e éticos associados a um conjunto imenso de capacidades de avaliação e priorização de necessidades, diagnósticos e intervenções de âmbito geral e especializado (Sheehy, 2011), pelo que defini como objetivo geral ***desenvolver competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais na prestação de cuidados especializados ao cliente/família no SUG.***

No meu contexto da prática presto cuidados ao cliente/família em situação crítica, porém, o ambiente em UCI torna-se bastante diferente por ser mais controlado. Assim, e com o objetivo de retirar o maior proveito desta distinta experiência, encarada como um desafio causador de motivação acrescida, não restringi o desenvolvimento da minha prática clínica a uma área específica do SUG, nem direcionei a minha prestação de cuidados para nenhum diagnóstico de enfermagem, consistindo os meus objetivos específicos em ***prestar cuidados de enfermagem especializados ao cliente em situação crítica e respetiva família no SUG e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da sensibilização dos enfermeiros do SUG para a importância da comunicação com o cliente/família.***

Para alcançar o 1º objetivo específico comecei por me integrar no funcionamento do serviço tendo acompanhado e participado na prestação de cuidados ao cliente/família consoante as suas necessidades ao longo das distintas áreas físicas existentes no SUG, para conhecimento da estrutura física e melhor compreensão não só do percurso por eles realizado, mas também dos distintos e contínuos cuidados prestados desde o momento de acolhimento até ao momento da alta para o domicílio ou transferência intra/inter hospitalar.

O percurso do cliente inicia-se com a sua admissão e inscrição efetuada pelo técnico de informação e apoio. Posteriormente, exceto em situações de emergência em que são diretamente transferidos para a SR, o enfermeiro faz o seu acolhimento e seguidamente a triagem de prioridades utilizando o sistema de triagem de prioridades de Manchester concretizado e amplamente divulgado em 1997, sendo credenciado e autorizada a sua implementação em Portugal no ano 2000 (Grupo Português de Triagem, 2014). Esta metodologia tem por objetivo identificar critérios de gravidade de modo uniforme, objetivo e sistematizado e facultar consequentemente, um atendimento mais rápido proporcional à gravidade da situação, sendo esta diferenciada por cores que representam o tempo ideal para que o cliente seja avaliado pela equipa médica (Sheehy, 2011). A

atribuição de prioridades permite prestar cuidados ao cliente/família cuja situação de saúde seja mais crítica de acordo com a queixa inicial, com o fluxograma de decisão e com os discriminadores e não por ordem de chegada.

Outras estratégias adotadas para concretizar este objetivo foram a consulta de normas e procedimentos do serviço, a observação e pesquisa dos processos de clientes admitidos de forma a compreender o funcionamento e modo de utilização do sistema informático. Ao longo deste percurso também as discussões, ensinamentos e reflexões pertinentes resultantes da vivência de novas e enriquecedoras experiências, me permitiram adquirir e/ou desenvolver não só conhecimentos e competências, mas também autonomia na prestação de cuidados como se comprova em algumas situações que relembro, vivenciadas sobretudo no SO.

Ao longo da minha prestação de cuidados, em particular na realização de uma intervenção interdependente – administração de terapêutica, deparei-me com prescrições médicas de terapêutica a qual, após reavaliar as necessidades do cliente não administrei, tendo sempre comunicado e fundamentado a minha decisão à equipa médica que procedia à atualização da mesma consoante as reais e atuais necessidades do cliente. Particularizando, relembro um cliente de 70 anos cujo valor da pressão arterial média (PAM) avaliado era de cerca de 35mmHg, apresentando-se ele progressivamente mais taquicárdico, com FC na ordem dos 130bpm e tinha prescrito terapêutica diurética por via endovenosa a qual não administrei, tendo administrado por sua vez volume com soro fisiológico (SF) após discussão com a equipa multidisciplinar.

A terapêutica diurética é utilizada para estimular o débito urinário e diminuir conseqüentemente a volémia intravascular contudo, o cliente já demonstrava sinais de hipovolémia como oligúria, hipotensão, pulsos pediosos filiformes, extremidades frias e cianosadas e taquicardia, constituindo este último um mecanismo compensatório da hipovolémia, a qual foi por mim confirmada através do seu posicionamento em trendelenburg, o qual aumenta o retorno venoso ao coração e conseqüentemente a PA. Por este motivo e uma vez que a PAM necessária para perfundir as artérias coronárias, cérebro e rins tem de ser superior a 60mmHg, sendo o ideal entre 70-80mmHg por diminuir a sobrecarga do ventrículo esquerdo (VE), foi administrado volume com SF (Urden et al., 2008). Asseguro assim o desenvolvimento da competência **zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização**. Uma outra estratégia de confirmação adotada foi a colocação de um CVC para avaliação da pressão venosa central (PVC) que representa a pressão criada pelo volume existente no coração direito e orienta a reposição de líquidos, possibilitando diferenciar hipovolémia e vasoplegia (Sheehy, 2011). Integrando as atividades descritas verifico o desenvolvimento da competência **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização**. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos

Enfermeiros (REPE), estes cuidados foram prestados em “ (...) complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde (...) ” (REPE, 1998), assegurando o desenvolvimento da competência **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Contudo, realço algumas dificuldades sentidas na fase de adaptação ao SUG, nomeadamente, no POR, relacionadas com o seu ambiente imprevisível. Assim, a par das estratégias supracitadas optei por organizar sempre e o melhor possível os cuidados, nomeadamente, a sua priorização, uma das componentes mais importantes do planeamento que constitui a terceira etapa do processo de enfermagem (Sheehy, 2011; Martins et al., 2008). A delegação de tarefas (REPE, 1998), como o acompanhamento do cliente pelo assistente operacional para realizar MCDT's, foi outra das estratégias adotadas que me permitiram implementar o processo de enfermagem de forma rápida, eficiente, correta e individualizada, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade ao cliente/família.

No decurso da prática clínica com o propósito de desenvolver e/ou consolidar os meus conhecimentos, assegurando a competência **manter de forma contínua e autónoma o seu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional**, bem como de fundamentar e assegurar a partilha de conhecimentos e evidências científicas atuais à equipa de enfermagem, realizei pesquisas de literatura sobre alguns dos cuidados prestados no SUG como ao cliente submetido a VMNI, definida como um modo de ventilação alveolar sem recurso a VA artificial, utilizando um interface não invasivo e um aparelho mecânico que fornece uma pressão positiva nas VA's superiores, aumentando a ventilação alveolar, satisfazendo as necessidades de fluxo aéreo do cliente, introduzindo assim uma alteração importante nos seus mecanismos fisiológicos (Ferreira et al., 2009). Este modo ventilatório indicado em situações de insuficiência respiratória aguda tipo I ou tipo II e em situações de insuficiência respiratória crónica agudizada, apresenta como benefícios clínicos a diminuição da mortalidade e de infeções nosocomiais, necessidade de menor sedação e de tempo de internamento e como benefícios fisiológicos a diminuição do trabalho respiratório, alívio de dispneia e melhoria das trocas gasosas.

Um cliente deu entrada no SO consciente mas agitado a nível psicomotor, taquipneico, com acessos de tosse produtiva, secreções hemoptóicas e espumosas, oligúrico, pele pálida, fria e viscosa e hipertenso. Após a sua avaliação foi administrada a terapêutica prescrita e conectado em seguida a VMNI contudo, mantinha-se taquipneico, agitado e desadaptado da ortótese ventilatória, comprovado através da elevada fuga e reduzidos volumes ventilatórios.
--

Perante esta situação demonstrei-me disponível e questionei o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao cliente, ainda em fase de integração no SUG, quanto à necessidade de ajuda. Conferi-lhe inicialmente um reforço positivo referindo ser uma situação complexa e difícil de gerir e otimizar, tendo depois incentivado o desenvolvimento do seu espírito crítico através da partilha e reflexão conjunta sobre os cuidados a ter com o cliente submetido a VMNI, nomeadamente, a importância de o informar e de lhe explicar o procedimento como forma de diminuir a ansiedade e aumentar a colaboração, de esclarecer os objetivos da técnica e monitorizar o estado de consciência pois, quanto mais deprimido maior o risco de aspiração, realçando também a importância do posicionamento adequado em *semifowler*, como medida preventiva deste mesmo risco e facilitadora da expansão pulmonar. Enfatizei ainda a relevância de uma adequada seleção e adaptação ao interface uma vez que a má adaptação constitui um dos fatores de insucesso da VMNI, devendo este ser colocado e ajustado lenta e progressivamente, a par do aumento da pressão positiva inspiratória nas vias aéreas (IPAP) e expiratória (EPAP), de acordo com a tolerância e cooperação do cliente, sincronia cliente/ventilador e alívio de dispneia observado através de sinais como diminuição da frequência respiratória (FR) e aumento volume tidal. Outros cuidados necessários e reforçados foram o auxílio conferido na sincronização do cliente ao ventilador e a sua instrução quanto à necessidade de reportar desconforto, fugas, dor, sensação de enfartamento, náuseas, vômitos, dificuldade respiratória, irritação ocular, obstrução nasal, otalgias e presença de secreções. Porém, sendo os cuidados de enfermagem contínuos enfatizei a necessidade de monitorizar o cliente quanto a alterações do padrão respiratório – FR, ritmo e sinais de exaustão; tolerância à VMNI – utilização de músculos acessórios, estado de consciência; sinais vitais – spO_2 , FC; parâmetros ventilatórios; adaptação ao interface – fundamental para minimizar a fuga de ar e assegurar o conforto, devendo ser protegidas as zonas de pressão da face como medida preventiva de necrose cutânea; quantidade e capacidade de eliminar secreções; distensão gástrica – uma complicação frequente, atenuada pela inserção de uma sonda orogástrica.

Os cuidados por mim partilhados vão de encontro ao citado por Morais e Queirós (2013) e Passarini et al. (2012), sendo igualmente considerados pelos mesmos como fundamentais no sucesso da VMNI. Esta experiência revela o desenvolvimento das competências **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada e produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.** Todavia, possibilitou-me ainda desenvolver a competência **colaborar na integração dos novos profissionais**, uma vez que observei de modo participativo a prática profissional do enfermeiro em fase de integração incentivando-o à reflexão e análise na e sobre a mesma, promovendo a tomada de decisão de forma fundamentada e garantindo concomitantemente a segurança dos cuidados e do cliente. O exercício de uma supervisão de colaboração comprova o desenvolvimento de uma outra competência, **exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.**

Um outro aspeto pesquisado ao longo da prática clínica foi o direito do cliente ter junto a si um familiar/pessoa significativa aprovado pelo Decreto-Lei nº 33/2009 de 14 junho, determinante no alívio da dor total e uma mais-valia na prestação de cuidados desde que devidamente esclarecido e integrado nos mesmos. Deste modo e para tentar diminuir o tempo em que os clientes permanecem sós, conversei informalmente com a equipa no

sentido de alertar e realçar para a importância da presença do acompanhante, nomeadamente, em situações que comportam risco de queda ou fuga para o cliente ou quando este se apresenta confuso, com *score* de 14 segundo a Escala de Coma de Glasgow (GCS) ou agitado a nível psicomotor.

Os cuidados prestados no SUG são episódicos, primários, agudos e seguem a metodologia ABCDE – A: permeabilização da VA, estabilização da cervical, remoção de corpos estranhos, avaliação da consciência; B: *breathing*, suplemento de O₂; C: circulação e controlo de hemorragia; D: *deficits*, considerações anatómicas; E: exposição com controlo de temperatura. (Sheehy, 2011; PHTLS, 2007).

A Sra. Ana (nome fictício) deu entrada na SR transferida do POR por alteração súbita do estado neurológico decorrente de uma convulsão tónico-clónica generalizada.

Foi preparada e administrada a terapêutica prescrita e asseguradas condições de segurança do cliente. Porém, face ao longo período que o episódio demorou a reverter e perante o estado neurológico da Sra. Ana, *score* de 6 de acordo com a GCS, colaborei na entubação orotraqueal (EOT) para proteção e manutenção da permeabilidade da VA.

Os cuidados foram assegurados pelo médico, por mim e pelo orientador, tendo este assumido o papel de líder da equipa – liderança autocrática. Através da comunicação eficaz e do domínio das técnicas transmitiu confiança, orientou a equipa, assegurou o cumprimento de normas de segurança e qualidade, bem como a eficiência e eficácia dos cuidados (Gelbcke & Souza, 2009). O orientador definiu que eu assumiria os cuidados à VA e respiração – A e B, assegurando ele os cuidados à circulação – C, deste modo, após preparar o material e testar os equipamentos necessários para a EOT, colaborei no procedimento técnico informando regularmente o médico do spO₂ do cliente e mantendo-me atenta a todos os outros sinais vitais, mas principalmente ao cliente, à coloração de pele e mucosas e aos movimentos corporais, despistando episódios de atividade cerebral elétrica descontrolada. Após a 1ª confirmação do posicionamento do TET por auscultação de ambas as bases pulmonares e observação simétrica da expansão torácica, este foi fixo e conectado a ortótese mecânica ventilatória, sendo a 2ª confirmação realizada através de uma radiografia (RX) ao tórax. A cabeceira da cama foi elevada entre 30°–45° para diminuir o risco de aspiração de conteúdo gástrico para as VA's inferiores, tendo procedido em seguida à entubação orogástrica, privilegiada em detrimento da nasogástrica pelo elevado risco de sinusite, colocando a sonda em drenagem passiva uma vez que um dos maiores riscos da ventilação mecânica é a pneumonia associada ao ventilador (PAV), a qual embora possa ter diversos fatores etiopatogénicos se encontra muito associada à colonização bacteriana das VA's superiores e tubo digestivo com posterior passagem de secreções orofaríngeas contaminadas para as VA's inferiores. Outras medidas preventivas da PAV passaram por promover o posicionamento de 2/2h, verificar a pressão do balão do TET pelo menos 1 vez/turno devendo esta ser superior a 20cmH₂O, realizar higiene oral com regularidade com cloro-hexidina e proceder quando necessário à aspiração de secreções, primeiramente da orofaringe e depois a árvore brônquica para que as secreções localizadas acima do balão não progridam, utilizando luva e sonda estéril de uso único para cada aspiração e protegendo a conexão do ventilador durante o procedimento (Alexiou et al., 2009; Coffin et al., 2008; Carvajal et al., 2010).

Esta situação demonstra que a equipa multidisciplinar funciona como um grupo de profissionais que trabalham com uma metodologia comum, partilhando um projeto assistencial e objetivos sendo estes, proporcionar o máximo de conforto ao cliente e apoiar os familiares e/ou cuidadores (Barbosa e Neto, 2010). Assim, uma vez que os cuidados prestados no SUG requerem competências, conhecimentos e capacidades específicas e bastante distintas consoante a gravidade das situações e, indo de encontro ao propósito de Watson (2002) que defende que o conhecimento de enfermagem e

médico apesar de distinto é complementar, realço nesta reflexão o trabalho em equipa, o qual permite ultrapassar a imprevisibilidade e a gravidade das situações e as limitações de recursos humanos pois, na situação descrita foram prestados cuidados de forma harmoniosa e sincronizada, indo de encontro á ideia de Santana (2011) e Hunziker et al. (2011) que afirmam que as situações de urgência requerem uma atuação rápida e eficaz, uma mobilização de conhecimentos técnico-científicos e habilidade por parte de toda a equipa. Verifica-se assim, o desenvolvimento das competências **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização.**

Os cuidados prestados no SUG têm uma importância extrema porque “ (...) é na receção do doente que mais se pode ter impacto positivo no resultado” (Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, 2012). Por este motivo e segundo o mesmo autor, a atuação neste serviço faz uso de metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução, exigindo paralelamente à interação multidisciplinar, uma comunicação interdisciplinar fundamental para uma maior e melhor organização da equipa e consequentemente maior probabilidade de sucesso dos cuidados, pois, eventuais falhas de comunicação podem comprometer o desempenho não só do profissional, mas de toda a equipa, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados porque nenhum profissional atua sozinho mas sim em complementaridade de funções, aspeto também patente nesta reflexão, uma vez que todos os profissionais envolvidos se olharam como membros da equipa e nunca como indivíduos isolados.

A comunicação emerge assim a par do conhecimento prático, científico, ético, técnico e relacional, sendo transversal e necessária a todas as dimensões do cuidado – técnica, funcional e relacional (Pereira, 2008). A comunicação foi uma área que me manteve desperta e atenta desde o primeiro dia pois, para além do motivo supracitado a inexistência no serviço de um espaço físico destinado à transmissão de informações pode comprometer esta atividade, uma vez que este processo se realiza em qualquer local, calmo e privado ou não. Por este motivo e com o intuito de concretizar o 2º objetivo específico acompanhei momentos de transmissão de informações, nomeadamente, de más notícias definidas por Buckman e Sancho (cit. in Pereira 2008) como “ (...) toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro”, uma vez que para além de ninguém gostar de ser o seu portador, constituem a maioria da informação conferida no SUG devido ao carácter

súbito e inesperado das situações (Caldeira & Ribeiro, 2008; Nunez et al., 2006). De acordo com Pereira (2008) este processo pode perturbar tanto o recetor como o profissional, criando neste último sentimentos de desconforto, inutilidade e medo e gerando nele mecanismos de fuga os quais influenciam negativamente o conhecimento e domínio sobre a temática, conduzindo a uma transmissão menos cuidada e simpática, indo de encontro ao defendido por Kubler-Ross (2008) ao afirmar que enquanto os medos e sentimentos dos profissionais representarem um problema e constituírem um assunto assustador, horrível e tabu, eles não enfrentarão, nem ajudarão o cliente/família de forma calma e útil, mas sim fugirão do assunto e situação delegando essa função, evitando o contacto ou informando-os rápida e superficialmente da situação.

A habilidade e sensibilidade na revelação da verdade desfavorável diminui consideravelmente o impacto negativo da informação (Bonamigo & Destefani, 2010). Por este motivo e com o intuito de colaborar na melhoria da gestão destes momentos, sensibilizar os profissionais para a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais e contribuir para esse mesmo desenvolvimento, realizei uma sessão de formação, tendo o plano da mesma sido divulgado por correio eletrónico para todos os profissionais da equipa multidisciplinar e através de um convite afixado nas salas de pausa do serviço e da equipa da VMER (APÊNDICE IX). De acordo com a disponibilidade dos profissionais e do serviço, a sessão “Comunicação de Más Notícias no SUG” (APÊNDICE X) decorreu no dia 20 de junho.

Na elaboração desta formação, para melhor avaliação e clarificação das necessidades do serviço e dos profissionais, bem como dos fatores dificultadores e habilidades facilitadoras do processo de transmissão de más notícias, adotei várias e distintas estratégias, reforçando a competência **identificar as necessidades formativas na sua área de especialização**. Conversei e partilhei ideias e opiniões com a equipa multidisciplinar sugerindo algumas ações como a utilização da sala de espera do SO em detrimento do corredor, esclareci dúvidas com o orientador e com o enfermeiro chefe, elaborei um guia de observação tendo por base o protocolo SPIKES (APÊNDICE XI) para identificar as áreas de maior dificuldade neste processo e realizei uma RSL sobre a temática, que compõe o capítulo 1 deste relatório, cujos resultados foram partilhados com a equipa no decurso da formação, comprovando assim o desenvolvimento da competência **participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização**.

Uma outra estratégia adotada foi a visita a dois outros serviços de urgência para identificar as medidas implementadas no âmbito desta temática e os resultados obtidos com a implementação das mesmas, tendo refletido sobre eles, posteriormente, e em conjunto com a equipa multidisciplinar, concluindo que mais importante do que criar um espaço destinado à transmissão de informação e acolhimento do familiar, seria dar a conhecer algumas das estratégias disponíveis, existentes e possíveis de adotar para uma adequada e efetiva transmissão de más notícias ao cliente, à família ou ao cliente e sua família em simultâneo. Assegurei desta forma o progresso da competência **refletir na e sobre a prática, de forma crítica** e, com base nas atividades descritas desenvolvi ainda a competência **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

Em concordância com Collière (2003) a formação detém um papel determinante na evolução dos cuidados, constituindo neste caso um incentivo à reflexão conjunta da equipa, à partilha de conhecimentos, experiências e opiniões e concomitantemente à utilização de um protocolo como guia orientador do processo através da entrega de um cartão de bolso (APÊNDICE XII) para consulta rápida, elaborado com base no protocolo que detém maior evidência de benefícios na prática – protocolo SPIKES. A arte de comunicar más notícias exige treino e aprendizagem pois, “ (...) a falta de treino e o receio constituem as principais razões de falhas de comunicação de más notícias (...)” (Oselka et al., 2008). Por este motivo e atendendo aos resultados do estudo desenvolvido por Bonamigo e Destefani em 2010 que enunciam a dramatização como uma ferramenta essencial no treino da comunicação de más notícias, integrei o *role playing* na formação, método percebido como uma situação na qual o formando, o formador ou outra pessoa convidada desempenha o papel de um dos integrantes da situação clínica para fins de ensino e de treino, assegurando o desenvolvimento da competência **promover a formação em serviço na sua área de especialização**.

No final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da mesma (APÊNDICE XIII) cuja análise dos resultados (APÊNDICE XIV) permitiu inferir a sua elevada importância na aquisição e aperfeiçoamento de competências dos formandos nas áreas relacional e comunicacional.

O processo de transmissão de más notícias para além de inquestionavelmente humano do qual a verdade e a esperança fazem parte, é um ato ético e legal que deve respeitar os princípios gerais inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE),

nomeadamente, os valores da autonomia, verdade e justiça, devendo a informação ser selecionada com base no interesse e desejo expresso pelo cliente para suportar a sua decisão no exercício da sua autonomia e transmitir a verdade possível, respondendo apenas ao que o cliente quer saber no momento assegurando o princípio da beneficência, como demonstra a seguinte reflexão na e sobre a prática.

O Sr. Nuno (nome fictício) de 86 anos de idade tinha como antecedentes pessoais uma neoplasia da próstata e tinha sido submetido a gastrectomia parcial há cerca de 1 ano por neoplasia gástrica, era dependente na realização de todas as AVD's embora em distintos graus pelo que residia no domicílio com a filha. O cliente foi transportado ao SUG por dores generalizadas, hipotensão e vômitos. Encontrava-se vígil, consciente e orientado, num estado caquético com pele e mucosas descoradas e bastantes desidratadas. No decurso da prestação de cuidados, após a estabilização do seu estado de saúde e otimização do conforto, conversei com ele em presença da sua filha, de acordo com o desejo expresso, esclarecendo dúvidas e respondendo de modo honesto e simples às questões colocadas. Expliquei, após acordado com o médico, que o plano de cuidados consistia em realizar uma tomografia axial computadorizada (TAC), para auxiliar e fundamentar o planeamento dos cuidados médicos, nomeadamente, quanto à possibilidade de transferência para a UCI, tendo a díade demonstrado total desacordo, verbalizando o cliente desejo de permanecer no domicílio junto da filha, sem dor. Seguidamente, conversei com o orientador e sugeri que discutíssemos em equipa o plano de cuidados do Sr. Nuno, comunicando-lhes o seu desejo e da sua família. No final da discussão, o plano foi reformulado e respeitado o valor da autonomia do cliente.

O valor da autonomia é por vezes tratado de maneira desatenta como nas situações em que os cuidados e intervenções são impostos devido à diversidade de culturas, crenças, convicções, bem como a aceitação ou não da morte, que gera diferentes opiniões, perspectivas e posturas face a determinada situação (Santana et al., 2010). Esta diversidade está igualmente presente no meu contexto profissional e conduz com regularidade à obstinação terapêutica, uma temática que para além de suscitar em mim um dilema ético, me levou a refletir sobre os cuidados prestados, em particular ao cliente idoso e sua família (APÊNDICE XV). No SUG, esta diversidade levou-me a sugerir a discussão em equipa do plano de cuidados, envolvendo sempre que possível o cliente/família. No entanto, enquadrando-se o dever de informar numa perspectiva terapêutica e considerando-se o bem-estar do cliente/família como a finalidade dos cuidados, sempre que a informação a transmitir possa de algum modo ser prejudicial ao estado de saúde do cliente, deve ser omissa (Deodato, 2008). Deste modo, desenvolvi as competências **demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura e avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.**

Do ponto de vista legal, este processo pode gerar um conflito interno no profissional sobretudo quanto à decisão de "quando e o que dizer" (Caldeira & Ribeiro, 2008), pelo que foi incluído na formação o enquadramento legal das competências do enfermeiro na partilha de informação ao cliente/família elaborado com base numa revisão bibliográfica sobre a análise jurídica da informação em saúde (APÊNDICE XVI) realizada em contexto de ensino teórico. De acordo com Deodato (2008) foi enunciado o dever de agir em complementaridade funcional na transmissão de más notícias e comprovado que a escolha do profissional que as transmite resulta de todo este processo de articulação e complementaridade recaindo, de acordo com o conselho jurisdicional (CJ), no profissional mais bem colocado no contexto do serviço e que melhores competências tenha na comunicação das mesmas sendo contudo, os enfermeiros os profissionais privilegiados neste processo (Parecer CJ 50/2005; Parecer CJ 295/2011).

Foram inúmeras as situações vivenciadas na prática clínica que comprovaram o desconhecimento e/ou o receio dos enfermeiros quanto a este processo, porém, e contrariamente, recorro a única situação em que o enfermeiro procedeu à transmissão de más notícias.

O Sr. João (nome fictício) foi transportado pela VMER dando entrada na SR com um GCS mantido de 3, submetido e dependente de VMI. Após a realização de MCDT's e das provas de morte cerebral foi confirmado o diagnóstico médico de morte cerebral. Desta forma e à semelhança de uma outra situação refletida anteriormente, teria de ser transmitido à família não só a notícia de morte do cliente, mas também a possibilidade de se tornar num dador de órgãos. A enfermeira responsável pelos cuidados ao Sr. João, eu e o médico, dirigimo-nos então até junto da mesma solicitando que nos acompanhassem para uma sala que se encontrava desocupada e informámo-los da situação de morte cerebral do Sr. João. Posteriormente, quando as duas filhas do Sr. João se encontravam junto do leito mesmo, num quarto aberto, a enfermeira responsável pelos seus cuidados solicitou-me que a acompanhasse e conversamos com elas. Foi confirmada a informação prévia que tinham e facultada a informação que desejavam obter, tendo sido explicado e bem definido o conceito de morte cerebral e partilhado, posteriormente, a notícia de que haveria possibilidade de se tornar num dador de órgãos. Demonstrou-se uma atitude empática e foi adotada uma postura calma, serena e de respeito para com os familiares, transferindo-se tranquilidade e segurança aos mesmos. Fez-se uso da escuta ativa, respeitando períodos de silêncio e encorajando a continuidade da fala dos familiares através do uso de expressões, como "continue". Utilizando um tom de voz suave e baixo foram prestados todos os esclarecimentos e conferidas respostas a todas as questões colocadas. Em seguida, o médico dirigiu-se até nós e solicitou às filhas do Sr. João que o acompanhassem, tendo a enfermeira interrompido, informando-o que já tinha transmitido a informação relativa à possibilidade do Sr. João se tornar um dador de órgãos, bem como da reação dos mesmos, tendo o médico assentido e agradecido.

Esta situação vivenciada na última semana foi bastante significativa, levando-me a refletir sobre todo o meu percurso, inclusive em todas as conversas informais estabelecidas com os profissionais e em todas as opiniões e ideias que detinham inicialmente sobre o processo de transmissão de más notícias.

A transmissão da má notícia junto ao leito do cliente num quarto aberto apenas com a cortina fechada, contraria o sugerido e defendido nos estudos científicos – local privado, demonstrando em concordância com José (2010), que não existe um modo mágico e único para transmitir uma má notícia, devendo este ser ajustado e adequado às particularidades e características da situação e cliente/família, dando visibilidade ao melhor que os enfermeiros sabem fazer, prestar cuidados, pois, “ (...) saber compartilhar uma notícia dolorosa com um doente não é apenas um desafio, é também uma arte (...) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2013), desenvolvi assim a competência **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

CONCLUSÃO

Terminando mais uma etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional, impõe-se a avaliação final de todo o percurso de aprendizagens e competências desenvolvidas, a par do processo de auto conhecimento e reflexão pessoal no qual interveio a professora orientadora, enfermeiros orientadores, amigos e outros pares.

Particularizando aos CI, a experiência, conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo dos anos conferiram-me um maior domínio da prática, compreensão intuitiva, flexibilidade, adaptabilidade, capacidade de previsão e de gestão de situações complexas, enquadrando-me no perfil de perito.

A passagem pela UDC permitiu-me lidar com questões novas e complexas e desenvolver assim conhecimentos e competências nas diferentes áreas da disciplina de enfermagem – prática, investigação, ensino e gestão. A avaliação e conhecimento do serviço permitiram-me identificar e colmatar algumas das suas necessidades através da criação de um instrumento de registo em suporte informático, implementação de dois folhetos informativos de ensino e educação para a saúde e elaboração de um póster sobre as estratégias facilitadoras da comunicação em saúde, melhorando consequentemente a qualidade dos cuidados prestados. Evidenciei e promovi ainda a segurança dos mesmos ao incentivar a discussão e partilha de conhecimentos sobre a temática triagem e acondicionamento de resíduos hospitalares.

A prática clínica desenvolvida no SUG constituiu um enorme desafio. Contudo, o investimento e dedicação conferida e a integração no funcionamento do serviço foi um confirmar de competências importante em todas as áreas da disciplina, nomeadamente, na prática, na área da prestação de cuidados ao cliente em situação crítica, urgente/emergente e respetiva família num cenário agitado, de grande afluência e por vezes confuso e na investigação e ensino, pelo contributo na melhoria da qualidade dos cuidados e motivação dos profissionais ao implementar estratégias de envolvimento familiar e ao promover o desenvolvimento de competências comunicacionais da equipa multidisciplinar, em particular na comunicação de más notícias, realizando uma sessão de formação onde todos tiveram oportunidade de participar através do *role playing*.

Ao longo de toda a prática, a identificação de necessidades de intervenção e a antecipatória resposta conduziram à reflexão conjunta e contribuíram para a mudança de atitudes e comportamentos contudo, destaco duas principais áreas de competências

desenvolvidas, investigação e comunicação. A investigação contribuiu para adquirir conhecimento o qual, a par do conhecimento adquirido pela teoria de enfermagem orientou o pensamento e julgamento crítico, os processos de tomada de decisão e a elaboração de estratégias e intervenções no caminho para uma *enfermagem avançada* isto é, uma *enfermagem com mais enfermagem*. A comunicação, conferiu o estabelecimento da relação interpessoal, assegurou a continuidade dos cuidados e o contínuo desenvolvimento da equipa multidisciplinar, em particular dos profissionais de enfermagem com conseqüente melhoria do seu exercício profissional.

Como mais-valias neste percurso identifico o contributo do professor e enfermeiros orientadores e o contacto com todos os outros profissionais conhecedores de distintas realidades que me permitiram uma partilha de experiências e conhecimentos. O curto período de tempo em cada contexto foi encarado como um aspeto dificultador pois, a minha integração no funcionamento do serviço, o processo de avaliação e análise do mesmo e o desenvolvimento de atividades com vista ao aprofundar de competências foi realizado de forma rápida. Contudo, considero tê-lo superado facilmente, devido, em muito, às minhas características pessoais, nomeadamente, motivação e determinação.

Refletindo em jeito de conclusão final sobre o caminho percorrido e nos aspetos relatados na *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem* considero que, o cumprimento dos objetivos e a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas fundamentais de enfermagem que vão de encontro às exigidas pelo curso de especialização em enfermagem MC da UCP e pela Ordem dos Enfermeiros (OE), me permitem enquadrar no perfil de enfermeiro especialista na área de enfermagem MC e desempenhar um exercício profissional baseado na autonomia, competência e responsabilidade, assegurando uma prestação de cuidados de excelência ao cliente em situação crítica e sua família. Porém, este caminho é infundo pois, a prática de uma *enfermagem avançada* constitui um objetivo contínuo ao longo de todo o meu percurso profissional, o qual pretendo igualmente transmitir e inculcar aos meus pares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abejón D. Los principales avances en el tratamiento del dolor. Madrid: Ediciones Ergon; 2006.
- Alexiou VG, Lerodiakonou V, Dimopoulos G, Falagas ME. Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Crit Care*. 2009;24(4):515-522.
- Almeida SA, Aragão NRO, Moura E, Lima GC, Hora EC, Silva LASM. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade e terapia intensiva. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009;62(6):844-849.
- Araújo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012;11(2):58-62.
- Araújo MMTd, Silva MJPd. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2012;21(1):121-129.
- Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. How to break bad news: physicians' and nurses' attitudes. *Iran Journal of Psychiatry*. 2010;5(4):128-133.
- Astellas Farma. Guia de informação de segurança sobre quetenza para médicos prescritores. 2011. [acesso em março 2014]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO_SEGURANCA/MATERIAIS_EDUCACIONAIS/P_T/Informacao_seguranca_QUTENZA_Final_20111111.pdf.
- Barbosa A, Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa editora; 2010.
- Bastos Z. Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica. Lisboa: Permanyer Portugal; 2005.
- Bilhim JAF. Teoria organizacional; estruturas e pessoas. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2009.

- Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Revista Bioética*. 2010;18(3):725-742.
- Borges MdS, Freitas G, Gurgel W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. *Revista Tempus Actas da Saúde Coletiva*. 2012;6(3):113-126.
- Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003.
- Brito FMd, Costa ICP, Costa SFGd, Andrade CGd, Santos KFOD, Francisco DP. Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2014;18(2):317-322.
- Caldeira N, Ribeiro P. A transmissão de más notícias baseada no protocolo de Buckman. *Revista de Saúde Amato-Lusitano*. 2008;(25):44-47.
- Carvajal C, Pobo A, Díaz E, Lisboa T, Llauradó M, Rello J. Higiene oral con clorexidina para la prevención de neumonia en pacientes intubados: revisión sistemática de ensaios clínicos aleatorizados. *Med Clin (Barc)* 2010;135(11):491-497.
- Carvalho A, Carvalho G. Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho. 2006 [acesso em março de 2014]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>.
- Catro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Paiva MLM. Dor crónica em Portugal. PAIN Proposal. 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections; 2011 [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- CIPE® Versão 2011. Classificação internacional para a prática de enfermagem. 2011 [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29(1):31-40.
- Collière MF. Cuidar... A primeira arte da vida. Loures: Lusociência; 2003.

- Comitê do NAEMT e comitê de trauma do colégio americano de cirurgiões. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado básico e avançado PHTLS. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2007.
- Costa JS. Métodos de Prestação de Cuidados. Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. 2004(30):234-251.
- Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade de sono de pacientes internados. Rev. Escola de Enfermagem USP. 2013;47(1):46-52.
- Cunha AP, Ferreira JJM, Rodrigues MA. Atitude dos enfermeiros face ao sistema informatizado de informação em enfermagem. Revista Referência. 2010;serIII(1):7-16.
- Deodato S. A informação, a par com o fim de vida, são áreas habitualmente problemáticas na Enfermagem portuguesa. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 2010;(36):4-9.
- Deodato S. Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade. Coimbra: Almedina; 2008.
- Direção geral da saúde. Carta dos direitos e deveres dos doentes. 2011. [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Direção geral da saúde. Circular Normativa – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003 [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf.
- Direção geral da saúde. Plano nacional de luta contra a dor. Lisboa: Direção geral da saúde; 2001.
- Edwards M. How to break bad news and avoid common difficulties. Nursing & Residential Care. 2010;12(10):495-497.
- Egger M, Smith GD, Altman DA. Systematic reviews in health care: meta-analysis in context. BMJ Books; 2007.
- Eliassen KM, Hopstock LA. Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses interventions. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27(3):138-142.
- Ferreira PL, Mendes AP, Fernandes IR, Ferreira RR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento de alta – PREPARED. Revista de Enfermagem Referência. 2011;serIII(5):121-133.

- Ferreira S, Nogueira C, Conde S, Taveira N. Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2009;15(4):655-667.
- Figueiredo P, Valente R, Tannira S, Ferreira D, Zilhão C, Gonçalves C, et al. Dor condiciona atividades diárias dos doentes mais idosos. Serviço de medicina II – Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2014 [acesso em maio 2014]. Disponível em: http://www.grunenthal.pt/cms/cda/file/PR_Vencedores+Pr%C3%A9mio+SPMI-Gr%C3%BCnenthal+2014.pdf?fileID=287000043&cacheFix=1398235718000&__k=064d52ec28333c5c8fbfecee910518a1.
- Gelbcke FL, Souza LA. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009;62(1):136-139.
- Gomez-Sanz CA. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2012;24(1):3-11.
- Grupo português de triagem. Triagem de Prioridades na Urgência Sistema de Manchester. 2014 [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/9-diversos/101-intro>.
- Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [atualização março 2011] [Internet]: The Cochrane collaboration; 2011 [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>.
- Hunker S, Tschan F, Semmer NK, Howell MD, Marsh S. Human factors in resuscitation: lessons learned from simulator studies. 2010;3(4):389-394.
- International association for the study of pain. [acesso em março 2014]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Meetings/WCPRegistration.aspx?navItemNumber=2017>.
- Irene T. A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliative medicine*. 2013;27(1):5-12.
- José H. Comunicar as Más Notícias. *Nursing, Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 2010;22(263):10.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma; 2007.

- Kolcaba, K. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
- Kraychete DC, Sakata RK. Uso e rotação de opióides para dor crónica não oncológica. *Revista Brasileira de anesthesiologia*. 2012;62(4):558-562.
- Marcelino P. Manual de ventilação mecânica no adulto - Abordagem ao doente crítico. Lisboa: Lusociência; 2009.
- Martins A, Pinto AA, Lourenço CM, Pimentel E, Fonseca I, André MJ, et al. Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar em Enfermagem*. 2008;12(2):52-61.
- Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Neto HM. O acolhimento à família na Unidade de Terapia intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 2008;10(4):1091-1101.
- McGuigan D. Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain))*: 1987). 2009;23(31):51-56.
- Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000;23(1):12-28.
- Meleis AI. *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2010.
- Morais AJPd, Queirós PJP. Adesão à ventilação não invasiva: perspectiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013;serIII(10):7-14.
- Nagliate P, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes IAC. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013;21(spe):122-130.
- Nunez S, Marco T, Putze GB, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(15):580-583.
- Ordem dos enfermeiros. O poder da comunicação na enfermagem. [acesso em junho 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos>

Enfermeiros/O Poder da Comunicação na Enfermagem - Enfermeira Maria José Silva Enf Especialista SMO.pdf.

- Ordem dos enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2001.
- Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. 2010.
- Oselka G, Gomes A, Rosa CAP, Simas J, Duch LAF, Grinberg M, et al. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos seleccionados. São Paulo: Cremesp; 2008.
- Pain Proposal. A dor crónica em Portugal. 2010 [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em: https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf.
- Passarini JNdS, Zambon L, Morcillo AM, Kosour C, Saad IAB. Utilização da ventilação não invasiva em edema agudo de pulmão e exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica na emergência: preditores de insucesso. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2012;24(3):278-283.
- Pereira MAG. Comunicação de más notícias e a gestão do luto. Coimbra: Formasau; 2008.
- Pereira V. Comunicar o fim de vida...o papel do enfermeiro face à comunicação de falecimento à família. Enformação. 2009;12:14-17.
- Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005.
- Pimenta CAAdM, Mota DDCdF, Lopes DA. Dor e cuidados paliativos, enfermagem, medicina e psicologia. Tamboré: Manole; 2006.
- Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fábris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Revista HCPA. 2012;32(2):199-207.
- Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013;66(2):174-179.
- Potter A, Perry G, Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos. 5ªed.Loures: Lusociência; 2006.

- Proença MO, Agnolo CM, Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2011;32(2):279-286.
- Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência – Relatório CRRNEU. 2012 [acesso em junho 2014]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>.
- Ribeiro PCPSV, Costa MAM. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributo para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012;serIII:149-58.
- Ritto C, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, et al. *Manual de Dor Crónica – Instituto Português de Oncologia de Lisboa: Anedo*;
- Rodrigues A, Oliveira M. Registo intraoperatório: que utilidade na continuidade dos cuidados de enfermagem. *AESOP Revista*. 2005;6(16):6-10.
- Ross EK. *Acolher a morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar; 2008.
- Sandrin L. *Como enfrentar a dor – Entender, aceitar e interpretar o sofrimento*. Prior Velho: Paulinas; 2008.
- Santana JCB, Dutra BS, Machado FCC, Silva VR. Aspectos emocionais da equipe de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar. *Percurso académico*; 2011;13(152):26-31.
- Santana JCB, Rigueira ACdM, Doutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros. *Revista Bioethikos – Centro universitário São Camilo*. 2010;4(4):402-411.
- Santiago, Fr. Diogo. *Postila religiosa e arte de enfermeiros*. Lisboa: Alcalá Editores; 2005.
- Santos CMdC, Pimenta CAdM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15(3):508-511.
- Seixo JM. *Gestão administrativa dos recursos humanos*. Lisboa: Lidel; 2009.
- Schestatsky P. Definição e tratamento da dor neuropática. *Revista HCPA*. 2008;28(3):177-187.
- Shannon SE, Long-Sutehall T, Coombs M. Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *Nursing In Critical Care*. 2011;16(3):124-130.

- Sheehy S. Enfermagem de Urgência – Da teoria à Prática. 6ªed. Loures: Lusociência; 2011.
- Silva AP. Enfermagem avançada:um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007;55(1-2):21-31.
- Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista eletrónica de enfermagem*. 2014;16(1):211-219.
- Silva FF. Hipodermóclise: a redescoberta de uma técnica para um cuidar diferenciado. *Biblioteca atualiza*. 2011 [acesso em março 2014]. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.wordpress.com/2011/01/06/hipodermoclise-a-redescoberta-de-uma-técnica-para-um-cuidar-diferenciado/>.
- Silva MJPd. Comunicação de más notícias. *O mundo da saúde*. 2012;36(1):49-53.
- Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5ªed.Loures: Lusociência; 2004.
- Twycross R. Cuidados paliativos. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
- Universidade Católica Portuguesa. Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica – Regulamento geral. Lisboa. 2010.
- Urden LD, Stacy KM, Lough ME. *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos*. Loures: Lusodidacta; 2008.
- Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal Of Advanced Nursing*. 2010;66(7):1543-1555.
- Watson J. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 2002.
- World Health Organization. [acesso em março 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>.

LEGISLAÇÃO:

- Código penal, aprovado pelo decreto-lei nº48/9 de 15 de março (Alterado pela Lei nº 59/2007 de 4 de setembro).
- Código deontológico dos enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.
- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto (Lei de bases da Saúde).

- Decreto-lei n.º437/91 de 8 novembro
(Objetivo, âmbito e estrutura da carreira de enfermagem).
- Despacho 242/96 de julho de 1996.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro
(Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros).
- Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril
(Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses).
- Decreto-lei n.º74/2006 de 24 de março
(Graus académicos e diplomas do ensino superior).
- Decreto-Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro
(Altera e republica o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).
- Decreto-Lei n.º33/2009 de 14 de julho
(Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde- SNS).
- Pareceres do conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros
N.º 50 de 2005 - A quem cabe dar a notícia de óbito.
N.º 295 de 2011 – Comunicação da notícia de morte aos familiares por via telefónica.
N.º 92/2009 – Quem deve informar o utente sobre a sua situação clínica e administração de terapêutica não prescrita.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folheto Informativo – Cateter Subcutâneo

Cuidados na manutenção do cateter:

- Proteger com plástico durante o banho ou colocar um penso impermeável;
- Lavar as mãos antes de manipular o cateter;
- Realizar o penso sempre que molhado ou não íntegro - desinfetar com álcool 70°; secar com compressa esterilizada/ deixar secar espontaneamente; colocar o penso, sem tocar no local de inserção;
- Observar a área da inserção do cateter subcutâneo quanto a sinais de alerta;
- Em presença de sinais de alerta ou dúvidas contacte a Unidade de Dor Crónica, através da consulta telefónica de Enfermagem, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h00, para o número 219 847 249 ou 967 017 184.
- Em caso de **exteriorização** dirija-se à Unidade de dor, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h00, nos restantes períodos dirija-se ao Serviço de Urgência Hospitalar;

Referências Bibliográficas:

- Barbosa A, Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa editora; 2010.
- Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fábris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Revista HCPA. 2012;32(2):199-207.

Autor: Andreia Costa (Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico Cirúrgica)

Professor Orientador: Prof.ª Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.ª Especialista Elvira Chamizo

Cateter Subcutâneo



Unidade de Dor Crónica

2014

Hipodermóclise/ terapêutica via subcutânea:

É a administração de fluidos isotônicos ou medicamentos no tecido subcutâneo localizado abaixo da derme. Permite a utilização da maioria de fármacos necessários para controlo de dor crónica e com poucos efeitos secundários ou complicações severas. (Pontalti et al., 2012)

Técnica de fácil aplicabilidade e manutenção que promove a autonomia e a qualidade de vida do cliente.

Vantagens:

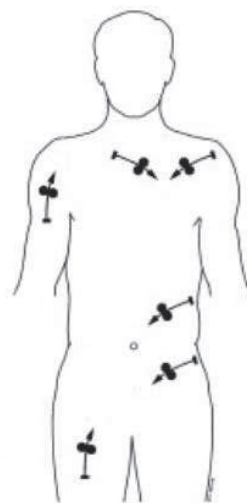
- Comodidade do cliente e família;
 - Menos doloroso;
 - Técnica simples, rápida e segura;
 - Fácil manusear;
 - Baixo índice de infeção;
 - Baixo custo;
 - Mantido por vários dias;
 - Fármaco atua mais rápido do que via oral;
 - Mantém as concentrações dos fármacos constantes;
- (Barbosa e Neto, 2010)

Sinais de alerta:

- Edema (inchaço);
- Rubor (Vermelhidão);
- Endurecimento da pele;
- Dor;
- Febre;
- Extravasamento (saída de líquido por fora do cateter);
- Hemorragia (sangramento).



Locais de inserção:



Zonas com maior quantidade de tecido adiposo.

Situações particulares:

- Evitar: zonas com lesões, em cicatrização e/ou edemaciadas (inchadas);
- Se tem estoma: puncionar afastado;
- Submetido a: radioterapia: puncionar área não irradiada; mastectomia: puncionar o lado oposto;

Alternação do local de punção:

Cânula plástica - 7 a 11 dias;

Cânula de metal - 5 a 7 dias;

Desloca-se à Unidade de dor consoante indicação do enfermeiro

Em que consiste a punção?

- Reunir o material – luvas, álcool, compressas, adesivo/penso, cateter subcutâneo;
- Lavar as mãos;
- Escolher o local;
- Desinfetar com solução alcoólica 70° e fazer a prega na pele;
- Expurgar o cateter com soro fisiológico;
- Introduzir o dispositivo subcutâneo num ângulo de 45°(se emagrecido 30° a 35°), mantendo a prega;
- Desfazer a prega;
- Fixar o cateter subcutâneo com o penso;
- Assegurar-se de que nenhum vaso tenha sido atingido – não sangrar;
- Administrar o medicamento ou conectar o prolongamento do cateter ao dispositivo infusor, já preenchido com medicamento;
- Registrar a data.

APÊNDICE II – Cateter Subcutâneo – Informações para Clientes

1. Em que consiste a terapêutica administrada por via subcutânea?

- É a administração de fluidos ou medicamentos no tecido subcutâneo localizado abaixo da pele. Permite a utilização de fármacos necessários para controlo de dor crónica, com poucos efeitos secundários e poucas complicações severas.

2. Vigiar aparecimento de sinais de alerta:

- Inchaço;
- Vermelhidão;
- Endurecimento da pele;
- Dor;
- Febre;
- Saída de líquido por fora do cateter;
- Sangramento.

3. Cuidados a ter:

- Proteger com plástico durante o banho ou colocar um penso impermeável;
- Lavar as mãos antes de manipular o cateter;
- Realizar o penso sempre que molhado ou não íntegro:
 - Desinfetar com álcool 70°;
 - Secar com compressa esterilizada/ deixar secar espontaneamente ao ar ambiente;
 - Colocar o penso, sem tocar no local de inserção;
- Observar a área da inserção do cateter subcutâneo quanto a sinais de alerta – quando presentes contactar a Unidade de Dor Crónica, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h00, para o número 219 847 249 ou 967 017 184;
- Deslocar-se ao Hospital para trocar local do cateter conforme indicado pelo profissional de saúde.

4. Em caso de exteriorização dirija-se:

- Unidade de dor - de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h00;
- Serviço de Urgência Hospitalar - nos restantes períodos.

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.ª Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.ª Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE III – Folheto Informativo – Obstipação

Não esquecer!

- A **prevenção** e o **diagnóstico precoce** são o melhor tratamento.
- É necessário reconhecer este problema precocemente de forma a preveni-lo!

Em caso de dúvida contacte a Unidade de Dor Crónica, através da **consulta telefónica de Enfermagem, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h00**, para o número **219 847 249/ 967 017 184**.

Referências bibliográficas:

- Barbosa A, Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa editora; 2010.
- O'Connor M, Sanchia A. Guia Prático de Cuidados Paliativos. São Paulo: Andrei Editora; 2008.
- Pimenta CAAdM, Mota DDCdF, Lopes DA. Dor e cuidados paliativos, enfermagem, medicina e psicologia. Tamboré: Manole; 2006.

Autor: Andreia Costa (Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico Cirúrgica)

Professor Orientador: Prof.ª Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.ª Especialista Elvira Chamizo

Obstipação



Unidade de Dor Crónica

2014

O que é obstipação?

É uma **alteração** persistente dos **hábitos intestinais** – ausência ou diminuição do número de dejeções e alteração da **consistência das fezes**, mais duras ou líquidas, em caso de obstrução, onde existe a necessidade de esforço, gerando sensação de mal-estar, associada habitualmente a flatulência, distensão abdominal ou de evacuação incompleta.

(Barbosa e Neto, 2010)

É frequente?

- Nos idosos;
- É o efeito adverso mais frequente da terapêutica opióide.

(Pimenta et al., 2006)

Quais as causas da obstipação?

- **Terapêutica opióide prescrita** para controlo de dor crónica e outros sintomas (morfina, fentanil), **antidepressivos tricíclicos- ADT e neurolépticos**;
- **Patologia neurológica**;
- **Obstrução intestinal.**

Quais os sinais de alerta?

- **Menos de 3 dejeções**, numa semana;
- **Fezes duras** em mais de 25% das dejeções;
- **Sensação de esvaziamento incompleto** em mais de 25% das dejeções;
- **Esforço excessivo para evacuar**, em mais de 25% das dejeções;
- **Necessidade de manipulação digital** para evacuar - pesquisa de fecalomas.

Se apresentar 2 ou mais destes sinais referidos durante 12 semanas no último ano, considera-se obstipação.

Como prevenir?

Medidas gerais

- Aumentar, quando possível, a **atividade física** – caminhadas, terapia ocupacional, alternar posições;
- Evacuar num WC garantindo a privacidade e intimidade;
- Se sentir desconforto ao sentar no sanitário, adotar **medidas facilitadoras** - elevando o assento, colocando uma almofada aliviando zonas de maior pressão;
- Realizar **massagem abdominal**, com movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar a progressão das fezes no tubo digestivo;

Medidas alimentares:



- Aumentar ingestão hídrica – beber **10 – 15 copos** de **água** por dia e **sumos de frutas** naturais - ameixa, se condição de saúde do cliente permitir;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em **fibras** – cereais, pão, amêndoas, grão, frutos secos, sementes de linhaça;
- Aumentar consumo de alimentos que funcionem como laxantes naturais - **ameixa, melão, uvas, óleos vegetais, maçãs**;
- Frutos crus devem ser comidos com casca;
- **Evitar** alimentos obstipantes: arroz, chá preto, queijo, bebidas doces, açúcar branco, leite, chocolate, banana, batata;

APÊNDICE IV – Obstipação – Informação para Clientes

Obstipação – Informação para clientes

1. O que é a obstipação?

- É uma **alteração** persistente dos **hábitos intestinais** – ausência ou diminuição do número de dejeções e alteração da **consistência das fezes**, mais duras ou líquidas, em caso de obstrução, onde existe a necessidade de esforço, gerando sensação de mal-estar, associada habitualmente a flatulência, distensão abdominal ou de evacuação incompleta.

2. Causas da obstipação:

- Terapêutica – ex: morfina, fentanil, tramal, ADT;
- Obstrução intestinal/ doença intestinal.

3. Sinais de alerta:

- Menos de 3 dejeções numa semana;
- Fezes duras em mais de 25% das dejeções;
- Sensação de esvaziamento incompleto em mais de 25% das dejeções;
- Esforço excessivo para evacuar, em mais de 25% das dejeções;
- Necessidade de manipulação para evacuar - pesquisa de fecalomas.«

4. Medidas gerais:

- Aumentar, quando possível, a atividade física – caminhadas, fisioterapia, alternar posições, se acamado;
- Evacuar num WC com privacidade e intimidade;
- Se sentir desconforto ao sentar no sanitário, adotar medidas facilitadoras - elevando o assento, colocando uma almofada aliviando zonas de maior pressão;
- Realizar massagem abdominal, com movimentos em círculo no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar a progressão das fezes.

5. Medidas alimentares:

- Aumentar ingestão hídrica – beber 10 a 15 copos de água por dia e sumos de frutas naturais - **ameixa**, se condição de saúde do cliente permitir;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em **fibras** – cereais, pão, amêndoas, grão, frutos secos, sementes de linhaça;
- Aumentar consumo de alimentos que funcionem como laxantes naturais - ameixa, melão, uvas, óleos vegetais, maçãs;
- **Frutos crus** devem ser comidos **com casca**;

- **Evitar** alimentos obstipantes: arroz, chá preto, queijo, bebidas doces, açúcar branco, leite, chocolate, banana, batata.

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.^a Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.^a Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE V – Via de Administração de Terapêutica Subcutânea



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Via de Administração de Terapêutica Subcutânea

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, no âmbito do Módulo III – Opcional desenvolvido na Unidade de Dor Crónica

Autor: Andreia Sofia de Jesus Costa

Professor Orientador: Prof. Patrícia Sousa Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.^a especialista Elvira Chamizo

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, março 2014

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Pág</i>
Figura 1 – Concentração do medicamento na corrente sanguínea com o tempo	7

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	4
1 – DESENVOLVIMENTO	6
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

ANEXOS

Anexo I – Quadro de medicação para administração por via subcutânea

Anexo II – Quadro de compatibilidade de medicamentos para administração por via subcutânea

INTRODUÇÃO

Os progressos científicos, tecnológicos e sociais verificados desde a segunda metade do século XX, transformaram as doenças fatais em doenças crónicas, promovendo consequentemente o envelhecimento da população. Estas alterações causaram impacto nos sistemas de saúde pois, o objetivo dos cuidados passou a ser o conforto e a qualidade de vida do cliente e sua família - cuidados paliativos, contrariamente ao objetivo curativo que predominava até então.

Os cuidados paliativos são cuidados prestados também em situação de doença crónica e não apenas no fim de vida pelo que, não devem ser remetidos para a ideia de “fim de linha” numa dicotomia marcada com os cuidados curativos mas sim como uma intervenção de transição, progressiva e de dimensão crescente à medida que as necessidades dos clientes se vão alterando e o justificam - modelo de transição progressiva (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

Os cuidados paliativos buscam a dignidade e a qualidade de vida do cliente através do controlo sintomático e não do uso de comportamentos fúteis de prolongamento ou diminuição da sobrevida. Variadas estratégias são usadas para alcançar este objetivo destacando-se entre elas a farmacoterapia sendo a via oral a via de eleição no entanto, 53% a 70% dos clientes a quem se prestam cuidados paliativos necessitam de uma alternativa por impossibilidade de usar esta via com eficácia. Este motivo associado ao crescente aumento das necessidades deste tipo de cuidados promovem a adoção de novas vias e tecnologias, de menor custo associado e com iguais benefícios (Pontalti [et al], 2012).

A via subcutânea é uma das alternativas no entanto, há controvérsias e pouca aderência ao seu uso devido grande parte ao seu desconhecimento.

Esta revisão de literatura pretende aumentar o leque de opções terapêuticas divulgando a via subcutânea e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente e família com consequente melhoria do conforto e qualidade de vida, baseada na evidência científica.

Estruturalmente o trabalho divide-se em dois capítulos, consistindo o primeiro numa breve definição da via subcutânea e comparação entre as vantagens da sua utilização com os eventuais efeitos adversos possíveis de ocorrer, bem como as contra indicações para o seu uso. Termina com a apresentação das conclusões obtidas com a elaboração desta revisão de literatura e das referências bibliográficas que serviram de suporte à sua realização.

1. DESENVOLVIMENTO

Em clientes com dor crónica e/ ou fim de vida a via oral é a preferida pois, é de fácil administração, provoca desconforto mínimo, tem maior adesão por parte dos cliente, menor custo e o cliente e família são envolvidos no processo (Avilés, R. 2013). Contudo, há fatores que impedem a sua utilização sendo necessário ponderar outras vias como a transdérmica, a endovenosa, intramuscular, retal e subcutânea. Relativamente à via retal para além de ser desconfortável para adultos, existem poucos fármacos nesta forma de apresentação e a sua absorção é imprevisível. A via endovenosa é uma via bastante invasiva que diminui a autonomia do cliente, causa mais dor e ansiedade, é difícil de manter permeável, apresenta um maior risco de complicações como hemorragia e infeção e requer pessoal com competências para a sua implementação não podendo por isso ser usada no domicílio. Assim, esta via é recomendada numa fase inicial sendo aconselhada a sua substituição ao fim de 24 horas pela via oral, ou subcutânea. Relativamente à via intramuscular é muito dolorosa e em situações de reduzida massa muscular como por exemplo caquexia, não pode ser utilizada. Por via sublingual também existem poucos fármacos disponíveis.

Por último, a via transdérmica tem um início de ação lento dificultando o controlo da dor nas primeiras 72 horas e mantém o seu efeito por um período considerável após retirado. Um outro aspeto limitativo, à semelhança de outras formas terapêuticas, é a terapêutica existente nessa forma de apresentação ser muito restrita. Por todos estes motivos se recorre frequentemente à via subcutânea para o controlo sintomático eficiente (Vargas, R. 2010).

A via subcutânea está assim indicada como a segunda via de opção para hidratação ou administração de fármacos nos clientes com dor crónica. Segundo Avilés, R. (2013), a via subcutânea é tao eficaz quanto a endovenosa com a vantagem de ser menos invasiva. A absorção por via subcutânea é lenta e constante diminuindo o período de latência do fármaco comparativamente com a via oral, mantém a concentração sérica estável, evitando picos plasmáticos que provocariam efeitos colaterais indesejáveis (Pontalti [et al], 2012).

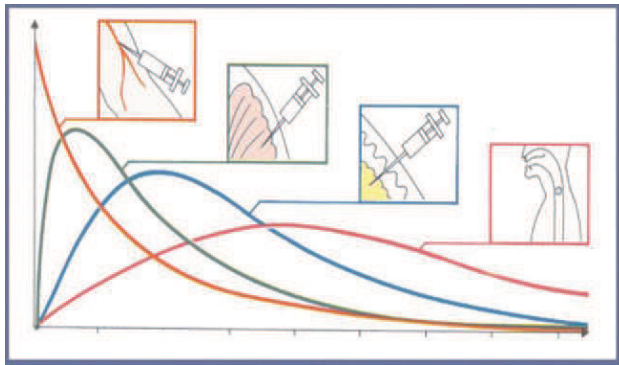


Figura 1 - Concentração do medicamento na corrente sanguínea com o tempo; adaptado de INCA (2009).

A via subcutânea para administração de fármacos e administração de fluídos – hipodermóclise, surgiu pela primeira vez em 1914 em clientes pediátricos contudo, por volta de 1950 caiu em desuso pelo seu uso inadequado em situações de choque hipovolêmico e para administração de solutos hipertônicos, com consequentes resultados desastrosos.

Posteriormente, por volta de 1979 surgiu em Inglaterra associada a clientes com cancro do pulmão em fase final de vida para transpor os efeitos secundários provocados por outra terapêutica, nomeadamente vômitos e obstipação.

No entanto, só no final dos anos 80 passou a ser grandemente aceite quer em crianças, quer em adultos (Justino [et al], 2012).

A terapia subcutânea ou hipodermóclise consiste na administração de fármacos e/ou fluídos respetivamente, no tecido subcutâneo localizado abaixo da derme cuja vascularização é similar à dos músculos. Permite a utilização de um grande número de fármacos e com poucos efeitos secundários ou complicações severas.

A via subcutânea é um método seguro, simples, confortável, menos doloroso e de fácil manuseamento, nomeadamente, quando há uso de quimioterapia que impede o uso da via endovenosa. Esta via é também usada em clientes sem via oral por náuseas, vômitos ou intolerância gástrica, em clientes com necessidades de doses terapêuticas mais altas, em clientes com diarreia ou obstrução intestinal, em clientes sedados, confusos, agitados, delirantes e/ ou em clientes em estado agónico (Guidelines for use of subcutaneous medications in palliative care for adults, 2010). No caso de clientes com desidratações moderadas e necessidade de reposição de fluídos e eletrólitos, a via subcutânea - hipodermóclise é a via de eleição sabendo que, em cada cateter podem ser administrados 1500 ml de fluídos por dia, exceto coloides, repartidos em três períodos

de 500 ml, sendo o volume máximo diário 3000 ml infundidos através de dois cateteres distintos.

Assim, particularizando ao cliente idoso e sabendo que uma das suas maiores causas de mortalidade e morbidade é a desidratação, concordo com Salgado (2008) ao afirmar que a hospitalização recorrente dos idosos seria minimizada se os cuidados domiciliários incluíssem hipodermóclise. A par desta, a redução dos custos e do risco de infecção nosocomial seriam consequentes vantagens obtidas com a utilização desta via.

Contudo, esta via está contra indicada em desidratações graves ou choque hipovolémico pois, a administração de um grande volume num curto período de tempo provoca instabilidade hemodinâmica.

Para além da hidratação a via subcutânea pode ser usada quer em contexto hospitalar, quer em contexto domiciliar para administração de analgesia, antibioterapia, ansiolíticos, diuréticos, corticoides entre outros (ANEXO I), dependendo a sua absorção e difusão da solubilidade, concentração e volume administrado. No entanto, em cada cateter só podem ser administrados até três fármacos distintos, de absorção subcutânea e compatíveis entre si (ANEXO II) (Pontalti [et al], 2012).

A terapêutica pode ser administrada de forma contínua (2cc/h - 0,5cc/h) ou intermitente sendo a contínua mais eficaz pois, permite um efeito constante e evita a toxicidade dos fármacos administrados em bólus devido aos seus picos de concentração.

A via subcutânea, ainda que reduzidas, apresenta algumas contra indicações como desidratação grave já anteriormente referida, anasarca - por exemplo em situações de hipoalbuminémia, insuficiência cardíaca, coagulopatias, desequilíbrio eletrolítico severo e clientes em esquema de diálise peritoneal ou hemodiálise. Na utilização desta via devem ser evitadas zonas lesadas, zonas próximas de articulações por comprometer a mobilidade do cliente e proeminências ósseas por serem zonas com menor quantidade de tecido subcutâneo.

Com a utilização desta via podem surgir efeitos adversos, embora raros e facilmente evitáveis, como edema onde se deve reduzir o ritmo ou suspender a infusão, alternar o local e massajar; eritema que pode ter várias etiologias como alergia ao penso, fármaco ou agulha, pelo que se deve determinar a causa e decidir, seguidamente, se manter ou alterar o local de inserção do cateter. A dor ou desconforto local, também passíveis de

surgir, aliviam com massagem, reposicionamento da agulha ou redução do ritmo de perfusão. Em caso de punção dum vaso deve ser removida a agulha, feita compressão local e puncionado um outro local com uma distância mínima de 5cm. Se o ritmo de infusão for elevado pode causar por sobrecarga hídrica e “farfalheira”, devendo ser reduzido de imediato. Em caso de celulite a perfusão deve ser sempre suspensa, retirado o cateter/ agulha e enviado quando prescrito para análise. Pode também haver exteriorização acidental do cateter, procedendo à colocação de um novo cateter (Guidelines for use of subcutaneous medications in palliative care for adults, 2010).

As vantagens na utilização desta via, contrariamente aos efeitos secundários, são frequentes e inúmeras tal como comprovado pelo estudo realizado por Pontalti [et al] (2012). Como exemplo destaca-se a comodidade, a maior autonomia e o conforto do cliente e sua família. A maior tolerância do cateter em situações de agitação psicomotora, o reduzido custo económico, os baixos índices de infeção, a simplicidade da técnica de punção, o maior período de tempo possível de permanência sem necessidade de troca, a desnecessidade de hospitalização, o menor risco de sobrecarga cardíaca por infundir a ritmos reduzidos, o menor risco de efeitos secundários, o mesmo índice de absorção e biodisponibilidade do que via endovenosa são outras vantagens proporcionadas pela utilização desta via. Comparativamente com a via intramuscular apresenta menor risco de hematoma e de lesões nervosas, assemelhando-se à via oral a nível de absorção, de efeitos adversos e interações.

De acordo com Neto (2008) o cliente deve, sempre que possível, escolher o local de punção privilegiando os que menor interferência têm nas suas atividades diárias existindo contudo locais mais frequentes do que outros.

As áreas mais comumente puncionadas são a região subclavicular (evitando o tecido mamário e zonas adjacentes), região escapular (em clientes agitados), a região abdominal (considerando uma circunferência em torno do umbigo com cerca de 5 cm de raio), a face externa do terço médio dos membros inferiores e a face externa dos membros superiores, sendo estas duas últimas as zonas de maior quantidade de tecido e consequentemente as de maior absorção.

Porém, há situações de exceção como no tratamento com radioterapia, em que o cliente deve optar por uma zona não irradiada. Se o cliente for mastectomizado deve-se

puncionar do lado contrário e devem ser igualmente evitadas zonas edemaciadas, lesadas ou em fase de cicatrização (Avilés, R. 2013).

Sendo a infecção associada aos cuidados de saúde uma infecção que não estava presente ou em incubação no momento da admissão, e que inclui tanto as infecções adquiridas em meio hospitalar como em qualquer unidade de saúde, instituição ou local onde são prestados cuidados de saúde, como lar de idosos, cuidados domiciliários, clinicas é dever de todos os enfermeiros a sua prevenção e identificação.

Assim, apesar do risco de infecção em cateteres subcutâneos ser mínimo comparativamente às outras vias disponíveis, devem ser aplicados cuidados preventivos e feitos ensinios sobre os mesmos, como por exemplo manter o local de inserção do cateter limpo e seco, lavar as mãos antes de manusear o cateter e observar diariamente o local de inserção para despistar sinais inflamatórios (Souza [et al], 2012).

Os cateteres ou agulhas devem ser trocados sempre que estes sinais estejam presentes podendo, na ausência dos sinais inflamatórios, permanecer até 11 dias ou 7 dias, respetivamente. Excetuando situações em que são administrados fármacos que implicam uma rotação mais precoce, como a dexametasona® de 3/3 dias ou ceftriaxone® de 5/5 dias. O novo local de punção deve ser no mínimo a 5cm de distância do local anterior.

De acordo com Neto (2008) os primeiros cuidados relativamente à execução da técnica são prestados pelo enfermeiro no entanto, deve sempre solicitar-se a colaboração do cliente e família e conceder uma explicação sobre o procedimento. Seguidamente, deve ser reunido o material necessário para a punção - cateter subcutâneo, solução alcoólica 70° ou clorhexidina 0,5%, luvas, compressas e penso. Procede-se depois à escolha do local a puncionar, atendendo à preferência do cliente e após uma lavagem correta das mãos desinfeta-se o local, realiza-se uma prega cutânea entre o polegar e o indicador de modo a estimular os nociceptores e diminuir consequentemente a dor de punção. Punciona-se a pele num ângulo entre 45°/ 60° ou 30°/ 45° em situação de caquexia, na base da prega, com o bisel do cateter voltado para cima. Por último, fixa-se o cateter previamente expurgado com soro fisiológico, com o penso ou adesivo, aspira-se para confirmar o correto posicionamento e inicia-se a administração de fármacos e/ou fluídos, datando, identificando a perfusão e fazendo os respetivos registos.

CONCLUSÃO

A via subcutânea é segura, confiável e de fácil manipulação, promovendo a autonomia, o conforto e a qualidade de vida do cliente.

Um cliente com dor crônica pode, na impossibilidade de usar a via oral, via de excelência, usar analgesia em perfusão contínua por bomba infusora, em pequenos volumes e elevada concentração.

Os clientes idosos desidratados beneficiam igualmente do uso desta via pois, possibilita a hidratação sem necessidade de hospitalização, minimizando o risco de infecções e reduzindo simultaneamente os custos em saúde. Porém, esta via passível de utilizar em contexto hospitalar ou domiciliar e com reduzidas limitações é ainda pouco divulgada e utilizada.

Espera-se, com a realização deste trabalho e disponibilização do folheto informativo elaborado um maior uso da via subcutânea na prática local pois, um maior conhecimento impulsiona a sua utilização e torna-a numa alternativa viável principalmente em clientes com dor crônica, conferindo-lhes maior conforto e à vontade na manipulação do cateter minimizando complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação portuguesa de cuidados paliativos. [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/>.
- Avilés R. Uso de la vía subcutânea en cuidados paliativos. Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos. 2013 [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em: http://www.secpal.com/b_archivos/files/monografia_secpal_04.pdf.
- Centre for disease control and prevention. [acesso em março 2014]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevention.html>.
- D'aquino MO, Souza RM. Hipodermóclise ou via subcutânea. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):89-93.
- Guidelines for use of subcutaneous medications in palliative care for adults. 2010. NHS Greater Glasgow, Acute Services Division Palliative Care Practice Development Team. [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em: http://www.palliativecareggc.org.uk/uploads/file/guidelines/guidelines_subcut_meds_updated_nov2008.pdf.
- Inca – Adaptado de cuidados paliativos oncológicos. Controle de Dor – Centro de Suporte Terapêutico Oncológico – Instituto Nacional de Cancer. Compatibility of Subcutaneously Administered Drugs. 2001. Rio de Janeiro: [acesso em fevereiro 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf.
- Justino ET, Tuoto FS, Kalinke LP, Mantovani MF. Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Cogitare Enfermagem. 2012;18(1):84-89.
- Neto IG. Utilização da via subcutânea na prática clínica. Medicina interna. 2008;15(4):277-283.
- Pontalti G, Rodrigues ESA, Firmino F, Fábris M, Stein MR, Longaray VK. Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Revista HCPA. 2012;32(2):199-207.
- Salgado M. Hipodermóclise: uma técnica esquecida ou desconhecida?. Jornal de Enfermagem: SOS. 2008;2(113):11.
- Silva FF. Hipodermóclise: a redescoberta de uma técnica para um cuidar diferenciado. Biblioteca atualiza. 2011 [acesso em março 2014]. Disponível em:

<http://bibliotecaatualiza.wordpress.com/2011/01/06/hipodermoclise-a-redescoberta-de-uma-técnica-para-um-cuidar-diferenciado/>.

- Takaki C, Klein G. Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(3):486-449.
- Vargas R. Programa Regional de Cuidados Paliativos – Via subcutânea, usos y recomendaciones. 2010 [acesso em março 2014]. Disponível em: http://www.apalex.es/uploads/descargas/copia-guia_clinica_via_subcutanea.pdf.

ANEXOS

ANEXO I

Quadro de medicação para administração por via subcutânea

Fármaco	Modo de Ação	Indicações
Metoclopramida	Antiemético	Náuseas, vômitos, dispneia
Haloperidol	Antiemético e anti psicótico	Náuseas e/ou vômitos, agitação
Ondansetron	Antiemético	Náuseas e/ou vômitos
Butilescopolamina	Antiespasmódico e anti secretor	Farfalheira, estertor, cólicas
Octreótido	Anti secretor	Sub oclusão/oclusão intestinal
Dexametasona	Esteróide	Dispneia, dor, vômitos
Furosemida	Diurético	Edemas, crise hipertensiva
Diclofenac	Anti-inflamatório, analgésico, antipirético	Dor (sobretudo óssea), febre
Cetorolac	Anti-inflamatório, analgésico, antipirético	Dor (sobretudo óssea), febre
Tramadol	Analgésico	Dor
Morfina	Analgésico, antitússico	Dor, dispneia, tosse, diarreia
Midazolam	Ansiolítico e sedativo	Agitação, convulsões, dispneia
Levomepromazina	Antiemético e sedativo	Náuseas e/ou vômitos, agitação

Cloreto de potássio	Reposição iónica	Hipocaliémia
Sulfato de magnésio	Reposição de sais	Cãibras, alterações elétricas
Ceftriaxona	Antibiótico	Infeção
Cefepima	Antibiótico	Infeção

Fonte: Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults, 2010

ANEXO II

Quadro de compatibilidade de medicamentos para administração por via subcutânea

	CLOPRIMAZINA	DEXAMETASONA	FENOBARBITAL	FUROSEMIDA	HALOPERIDOL	HIOSCINA	INSULINA	KETAMINA	METADONA	METOCLOPRAMIDA	MIDAZOLAN	MORFINA	OCTREOTIDE	ONDANSETRONA	RANITIDINA	TRAMADOL
COMPATÍVEL																
INCOMPATÍVEL																
NÃO TESTADO																
CLOPRIMAZINA																
DEXAMETASONA																
FENOBARBITAL																
FUROSEMIDA																
HALOPERIDOL																
HIOSCINA																
INSULINA																
KETAMINA																
METADONA																
METOCLOPRAMIDA																
MIDAZOLAN																
MORFINA																
OCTREOTIDE																
ONDANSETRONA																
RANITIDINA																
TRAMADOL																

Fonte: INCA adaptado de Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Dor – Centro de Suporte Terapêutico Oncológico – Instituto Nacional de Câncer – RJ. 2001; Compatibility of Subcutaneously Administered Drugs 2006.

APÊNDICE VI – Póster: Comunicação em Cuidados de Saúde

Comunicação em cuidados de saúde



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Costa, A. ¹; Sousa, P. ²; Chamizo, E. ³;

¹ Instituto das Ciências da Saúde Lisboa UCP, Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica

² Instituto das Ciências da Saúde Lisboa UCP, Doutoranda em enfermagem;

Introdução

Os processos de doença – dor crónica, são momentos de transição na vida do cliente/família. O desafio dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, é entender esse processo e planear as intervenções de ajuda ¹.

A comunicação é a ferramenta base para instaurar a relação de ajuda e assim conhecer a personalidade, o ambiente de vida e a conceção do mundo do cliente/ família ², tornando importante a sensibilização dos profissionais de saúde para adoção de estratégias que assegurem a sua melhoria contínua.

Estratégias facilitadoras



Conclusão

A comunicação promove a adaptação e/ou ajustamento à nova situação através da assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior. Como tal, é um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados e por tal, um componente a valorizar na prestação de cuidados.

Bibliografia:

¹ Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Shumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 2000;23(1):12-28.

² Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005.

APÊNDICE VII – Instrumento de Registro em Suporte Papel

Instrumento de Registo em Suporte Papel

Consulta de Enfermagem – Internamento

Utente:					
NP:					
Diagnóstico:					
Enfermaria/Cama:					
Prescrição:					
Mês:					
Dias da Semana	ENmin	ENmáx	SOS	Obstipação	Observações
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.^a Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.^a Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE VIII – Instrumento de Registo em Suporte Informático

Instrumento de Registo em Suporte Informático

Consulta de Enfermagem – Internamento

Quadro Álgico:

Início	<input type="checkbox"/> Súbito	<input type="checkbox"/> Insidioso
Duração	<input type="checkbox"/> <= 3 meses	
	<input type="checkbox"/> 3 meses – 1 ano	
	<input type="checkbox"/> 1 ano – 3 anos	
	<input type="checkbox"/> >= 10 anos	
Padrão	<input type="checkbox"/> Contínua	<input type="checkbox"/> Intermitente
Observações		<input type="checkbox"/> Episódica

Localização:

Localização 1		Localização 4	
Somáticas	Moinha	Somáticas	Moinha
	Peso		Peso
	Opressão		Opressão
	Facada		Facada
	Mordedura		Mordedura
Neuropáticos	Formigueiro	Neuropáticos	Formigueiro
	Latejo		Latejo
	Picada		Picada
	Queimadura		Queimadura
	Choque elétrico		Choque elétrico
Outros		Outros	

Localização 2		Localização 5	
Somáticas	Moinha	Somáticas	Moinha
	Peso		Peso
	Opressão		Opressão
	Facada		Facada
	Mordedura		Mordedura
Neuropáticos	Formigueiro	Neuropáticos	Formigueiro
	Latejo		Latejo
	Picada		Picada
	Queimadura		Queimadura
	Choque elétrico		Choque elétrico
Outros		Outros	

Localização 3

Somáticas Moinha
 Peso
 Opressão
 Facada
 Mordedura
 Neuropáticos Formigueiro
 Latejo
 Picada
 Queimadura
 Choque elétrico
 Outros

Localização 6

Somáticas Moinha
 Peso
 Opressão
 Facada
 Mordedura
 Neuropáticos Formigueiro
 Latejo
 Picada
 Queimadura
 Choque elétrico
 Outros

Medicação Analgésica:

Terapêutica analgésica	___ Não	___ Sim	
Alívio	___ Não	___ Sim	_____
Efeitos secundários	___ Não	___ Sim	_____
Profilaxia	___ Não	___ Sim	_____

Avaliação da intensidade de dor:

___ Cliente comunicante

Qualitativa

- Sem dor
- Dor Ligeira
- Dor Moderada
- Dor Severa

Escala de Faces (1 – 5)

Máximo _____ Mínimo _____ Atual _____

Escala Numérica (0 – 10)

Máximo _____ Mínimo _____ Atual _____

____ Cliente não comunicante

CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators)

Comportamento	Com movimento	Em repouso
1. Queixas vocalizadas: não verbalizadas (suspiro, arfada, gemido, rugido, choro)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
2. Expressão/ esgar facial (sobrancelhas contraídas, dentes cerrados, lábios contraídos, mandíbula aberta, expressões distorcidas)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
3. Agarrar (durante o movimento prende-se ou agarra-se ao mobiliário, equipamento ou áreas envolventes)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
4. Agitação (mudança de posição constante ou intermitente, baloiçar-se, movimento das mãos constante ou intermitente, incapacidade de estar quieto)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
5. Friccionar (massajar a área afetada)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
6. Queixas vocalizadas: verbalizadas (palavras que expressam desconforto ou dor, exclamações de protesto)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)	<input type="checkbox"/> Comportamento não observado <input type="checkbox"/> Comportamento observado (mesmo que brevemente)
Subtotal de comportamentos observados		
Total de comportamentos observados		

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.^a Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.^a Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE IX – Plano de Sessão de Formação “Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência Geral”

Comunicação de más notícias no Serviço de Urgência Geral



Dia: 20 de junho

Hora: 15h30

Local: Sala de reuniões/ formação do SUG

Palestrante: Andreia Costa

(aluna do Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico Cirúrgica)

Docente: Prof^a. Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Orientador: Enf.^a Perita Clara Peixoto

Enf.^o Especialista Fernando Sousa



Plano de sessão:

Tema: Comunicação de más notícias;

Preletor: Enfermeira Andreia Costa (aluna no mestrado de natureza profissional em enfermagem médico cirúrgica, UCP)

Destinatários: Profissionais do serviço de urgência

Data: 20 de junho

Local: Sala de reuniões/ formação do SUG

Duração: 60 minutos

Objetivo geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da comunicação de más notícias com o cliente/ família;

Objetivos específicos:

- Divulgar estratégias a utilizar na comunicação de más notícias;
- Incentivar a utilização de protocolos como orientação na comunicação de más notícias;

APÊNDICE X – Sessão de Formação: “Comunicação de Más Notícias no Serviço de
Urgência Geral”



Comunicação de Más Notícias no Serviço de Urgência



Lisboa,
20 de junho 2014

Autor: Andreia Costa
Orientação: Enf. Clara Peixoto

Sumário

- Definição de má notícia;
- Imperativos éticos e legais na comunicação de Más notícias;
- Obstáculos à comunicação de más notícias;
- Enquadramento legal das competências dos enfermeiros;
- Estratégias para uma comunicação eficaz – protocolos;
- Role play;
- Bibliografia.





Objetivos

Objetivo geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da comunicação de más notícias com o cliente/ família;

Objetivos específicos:

- Divulgar estratégias a utilizar na comunicação de más notícias;
- Incentivar a utilização de protocolos como orientação na comunicação de más notícias.



Comunicação

- Comunicação é...

"... um instrumento básico de enfermagem, central nos cuidados prestados aos clientes, e que nos permite transmitir ao Outro a informação que este necessita."

"...uma ferramenta base para a instauração da relação de ajuda." Phaneuf, 2005, p.15



José, H., 2010

- Profissionais atribuem o significado à notícia,

"...notícias que para eles são banais, podem ser significativas para o cliente/família."

Pereira, V., 2009



Comunicação

- Má notícia é...

“Qualquer notícia que altera a visão do futuro do cliente para pior.”

Kaye, cit in Pereira, 2008

“Toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro.”

Buckman e Sancho, cit in Pereira, 2008, p.78



Pertinência do tema

- Situação de caráter súbito, imprevisto, onde a doença e evolução provocam grande emoção em todas as pessoas envolvidas.

Casanova, E., Lopes, T., 2009

- Clientes/ família vivenciam uma crise situacional que promove a sua desorganização a nível físico, psicológico, espiritual, social e/ ou familiar.

Meleis, 2010

- Comunicar Más Notícias no SUG é um processo difícil que requer um conjunto de atitudes e habilidades.

Casanova, E., Lopes, T., 2009; Nunez, S. et al. 2006



Imperativos éticos e legais

- **Informação de saúde é** "...*todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre em vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.*"

Artigo 2.º da lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro

- O cliente tem pleno direito a conhecer tudo o que seja do âmbito do seu processo de tratamento e reabilitação independentemente do mesmo ser da responsabilidade médica, enfermagem, ou outra, exceto situações em que tal revelação se considere prejudicial para o mesmo.

Parecer CI 92/ 2009



Obstáculos à comunicação de más notícias



Warnock, C., et al, 2010



Obstáculos à comunicação de más notícias



Phaneuf, 2005; Warnock, C., et al, 2010



Obstáculos à comunicação de más notícias



Phaneuf, 2005



Obstáculos à comunicação de más notícias



Nunez, S. et al, 2006; Phaneuf, 2005;



Obstáculos à comunicação de más notícias



Casanova, E.; Lopes, T., 2009



Enquadramento legal das competências do enfermeiro

■ Deveres do enfermeiro:

- **Informar** o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem.

Art.º 84 alínea a), REPE

- Atender com **responsabilidade e cuidado** a todo o pedido de informação ou explicação do cliente, em matéria de cuidados de enfermagem.

Art.º 84 alínea c), REPE

- Agir em **articulação e complementaridade funcional** com os restantes profissionais de saúde.

Art.º 91 alínea b), REPE



Enquadramento legal das competências do enfermeiro

- O diagnóstico de morte é competência médica.

Lei 141/99 de 28 de agosto

- *“ A transmissão da notícia de morte, embora seja uma competência médica pode ser realizada pelo enfermeiro quando for o profissional melhor colocado para responder às necessidades dos clientes.”*

Parecer CJ 50/2005

- O enfermeiro é o profissional melhor habilitado para conhecer a real situação de saúde, a sua capacidade em gerir essa informação e a forma como a mesma lhe poderá ser útil no decurso do seu processo de reabilitação.

Parecer CJ 92/2009



Enquadramento legal das competências do enfermeiro

Quem deve comunicar más notícias?

- A resposta deve passar deste modo pela *"...escolha, em equipa, da pessoa mais bem preparada para o fazer, ou seja, a mais capacitada e que melhor conhecimento tem da situação."*

José, H., 2010

- É importante conhecer metodologia básica e ter estratégias para abordar esses momentos.

Nunez, S. et al, 2006

- Se a informação for partilhada corretamente, a família nunca esquece o profissional mas, se for pobremente, nunca o perdoará!

Pereira, V, 2009



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Dimensão verbal

- Tom de voz amável, suave, baixo;
- Linguagem simples e objetiva;
- Sinceridade prudente;
- Informar gradualmente;
- Discurso não punitivo;
- Não interromper o discurso do cliente/familiar;
- Comparação e contraste (metáforas, modelos, analogias);
- Comunicação eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar;
- Demonstrar disponibilidade;

Nunez, S. et al, 2006; Silva, M., 2012



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Dimensão verbal

- Avaliar necessidades de informação;
- Selecionar a informação a transmitir;
- Incentivar a participação e decisão sobre os cuidados;
- Incentivar a verbalização e exteriorização de sentimentos;
- Verbalizar compreensão pelas suas emoções/ sentimentos;
- Sintetizar a informação;
- Assegurar a esperança;
- Não estabelecer limites temporais;

Nunez, S. et al, 2006; Silva, M., 2012



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Dimensão não verbal

- Sorrir;
- Estabelecer/ manter contacto visual;
- Inclinar o corpo na direção do cliente/ familiar;
- Revelar uma expressão facial positiva, de interesse e encorajadora;
- Menção positiva;
- Toque;
- Agir de forma segura e assertiva;
- Preparação pessoal antes de comunicar más notícias;

Silva, M., 2012



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Dimensão não verbal

- Escolher um local privado;
 - Remover obstáculos físicos;
 - Respeitar a distância interpessoal;
 - Incentivar a presença de familiar;
-
- Permanecer ao mesmo nível ou abaixo;
 - Duração adequada;
 - Reflexão;

Silva, M. & Araújo, M., 2011; Gómez, 2006 Silva, M., 2012



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Modelo de atuação com crianças

- Tentar, sempre possível, que seja uma pessoa próxima da criança a partilhar a notícia na presença do profissional de saúde;

"...el mejor apoyo en esse momento será una cara conocida..."

(Tabuenca, T. 2009)

- Não tentar controlar sentimentos e emoções por estar junto da criança.

Tabuenca, T. 2009



Estratégias - Comunicação eficaz de más notícias

Relação
de ajuda

Confiança

Respeito



Técnicas para treino de estratégias



McGuigan, D., 2009; Bonamigo, E. & Destefani, A., 2010



Role play



Protocolos - Comunicação eficaz de más notícias

Método Nurse

Naming: demonstrar sensibilidade ao sofrimento do cliente/ família
Understanding: compreender sentimentos e medos do cliente/ família
Respecting: respeitar o cliente e sua dignidade
Supporting: apoiar a capacidade de lidar do cliente com a situação
Exploring: explorar, fazer perguntas e permitir partilha de emoções e preocupações, incentivar para que façam questões.

Método ABCDE

- Advance preparation
- Build therapeutic environment/ relationship
- Communicate well
- Deal with patient and family reactions
- Encourage and validate emotions

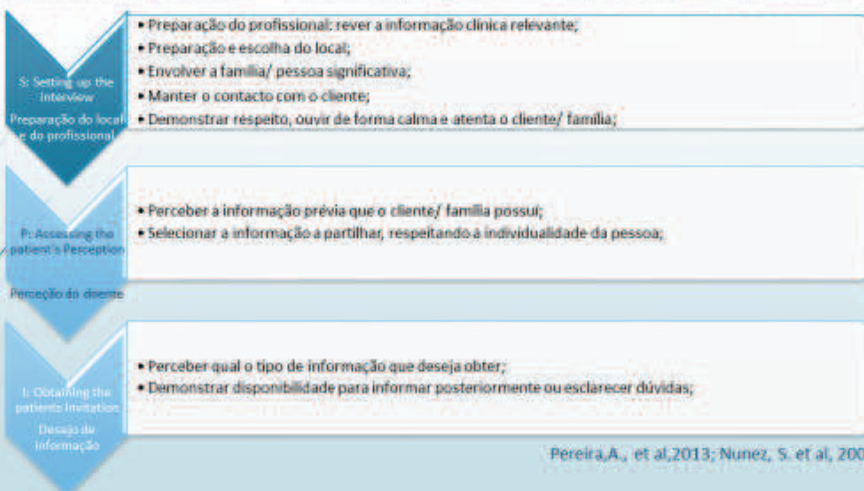
Protocolo BREAKS

Proposto na Índia
Ainda em estudo e fase de implementação.

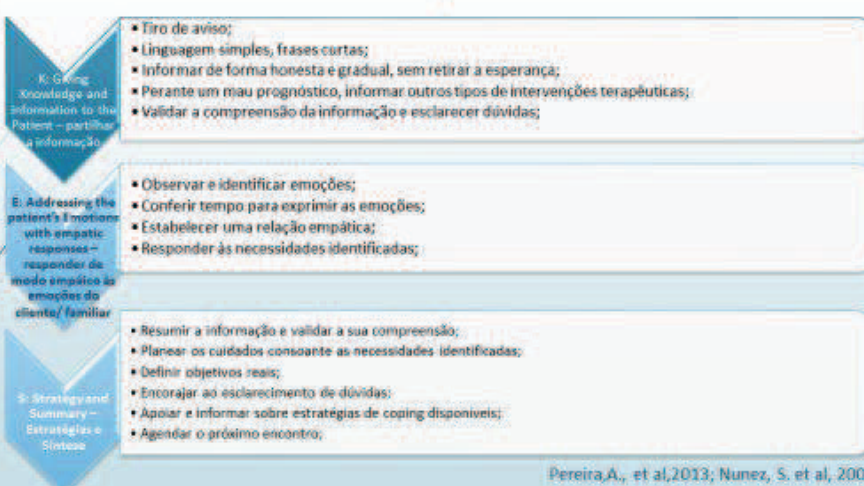
Protocolo Spikes



Protocolo SPIKES - Comunicação eficaz de más notícias



Protocolo SPIKES - Comunicação eficaz de más notícias





Role play



Comunicação eficaz de más notícias

"Eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância."

Silva, M., 2012





Sugestões...

Obrigado!



Bibliografia

- Alminhas, SMP. Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. Revista Sinais Vitais. 2007;(75):57-60.
- Antunes, NL. Sinto Muito. Lisboa: Verso da Kapa; 2010.
- Araújo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2):58-62.
- Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Revista Bioética. 2010;18(3):725-742.
- Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009;62(6):831-836.
- Deodato S. Responsabilidade profissional em enfermagem: valorção da sociedade. Coimbra: Almedina; 2008.



Bibliografia

- Deodato S. A informação, a par com o fim de vida, são áreas habitualmente problemáticas na Enfermagem portuguesa. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2010;(36):4-9.
- Direção geral da saúde. Carta dos direitos e deveres dos doentes. 2011. [acesso em maio 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.
- José H. Comunicar as Más Notícias. *Nursing. Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 2010;22(263):10.
- McGuigan D. Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*. 2009;23(31):51-56.
- Meleis AI. *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reseach and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2010.
- Nunez S, Marco T, Putze GB, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicaci3n de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(15):580-583.



Bibliografia

- Cremesp. *Comunica3o de mas noticias. Bioética clinica: reflexões e discussões sobre casos selecionados*. São Paulo: Cremesp; 2009.
- Pereira MAG. *Comunica3o de más noticias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau; 2008.
- Pereira V. Comunicar o fim de vida...o papel do enfermeiro face à comunica3o de falecimento à família. *Enformação*. 2009;12:14-17.
- Pereira ATG, Fortes IFL, Mendes JMG. Communication of bad news: systematic literature review. *Journal of Nursing*. 2013;7(1):227-235.
- Phaneuf M. *Comunica3o, entrevista, rela3o de ajuda e valida3o*. Loures: Lusociência; 2005.
- Ribeiro P. A transmiss3o de más noticias baseada no protocolo de Buckman. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 2008;(25):44-45.



Bibliografia

- Ribeiro RAR. A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro. (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2013.
- Sancho MG. Como dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán Ediciones; 2006.
- Simões SM, Oliveira TR. As faces da comunicação na prática da enfermagem: Uma pesquisa bibliográfica. Online Brazilian Journal of Nursing. 2010;9(2).
- Silva MJPd. Comunicação de más notícias. O mundo da saúde. 2012;36(1):49-53.
- Silva MJ, Araújo MM. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. Revista Escola Enfermagem. 2012;46(3):626-632.
- Tabuenca TP. El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. Prehospitalar Emergency Care. 2009;2(2):165-169.
- Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. Journal Of Advanced Nursing. 2010;66(7):1543-1555.



Fontes de pesquisa

- Código deontológico dos enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro
(Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros).
- Decreto-Lei 141/99 de 28 de agosto
(Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte).
- Decreto-Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro
(Informação genética pessoal e informação de saúde).
- Decreto-Lei n.º 33/2009 de 14 de julho
(Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde-SNS).



Fontes de pesquisa

- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto (Lei de bases da Saúde).
- Pareceres do conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros
 - N.º 50 de 2005 - A quem cabe dar a notícia de óbito?
 - N.º 92/2009 – Quem deve informar o utente sobre a sua situação clínica e administração de terapêutica não prescrita.
 - N.º 295 de 2011 – Comunicação da notícia de morte aos familiares por via telefónica.

APÊNDICE XI – Guia de Observação: Comunicação de Más Notícias ao Cliente e/ ou
Família

Guia de Observação

Comunicação de Más Notícias ao Cliente e/ ou Família

Idade: _____

Sexo: Feminino _____ Masculino _____

Profissão: Enfermeiro _____ Médico _____ Enfermeiro e Médico _____

Tempo de serviço no SUG: _____

Tempo de serviço na profissão: _____

S: Preparação e escolha do local/ ambiente:

	Sim	Não
1. Coloca-se ao mesmo nível do cliente/ família?		
2. Escolhe um local calmo, confortável, privado?		
3. É interrompido?		
4. Validam se a pessoa está sozinha?/ Facilita a presença de familiar/pessoa significativa?		

P: Perceção do que o cliente/ família sabe:

	Sim	Não
1- Questiona sobre o que conhece da situação?		
2- Questiona se houve contacto com outros profissionais?/ Pede que forneça uma explicação para a sua situação (sintomas, exames realizados)?		
3- Usa a escuta ativa?		

I: Perceção do que o cliente/ família quer saber:

	Sim	Não
1- Percebe o que o cliente/ família quer saber?		
2- Respeita o princípio da autonomia?		

K: Partilha da notícia:

	Sim	Não
1- Faz o “tiro de aviso”, quando o cliente/ família se encontram totalmente desprevenidos?		
2- Informa com uma linguagem clara/ simples, de modo gradual e		

adequado ao cliente/ família?		
3- Permite ao cliente/ família oportunidade de questionar e expressar prioridades, medos e angústias?		

E: Resposta às emoções e perguntas do cliente/ família:

	Sim	Não
1- Observa as emoções do cliente/ família?		
2- Preocupa-se com a distância inter pessoal?		
3- Respeita o silêncio/ choro, após a transmissão da má notícia?		
4- Responde ao que o cliente/ família quer saber e silencia o que não deve ser dito?		
5- Responde de forma clara e simples?		

S: Resumo e planeamento do acompanhamento:

	Sim	Não
1- Identifica, em conjunto com o cliente/ família, os principais problemas a resolver?		
2- Define um plano de cuidados para a nova fase?		
3- Identifica recursos e estratégias para ajudar a enfrentar o problema?		

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.^a Patrícia Pontífice

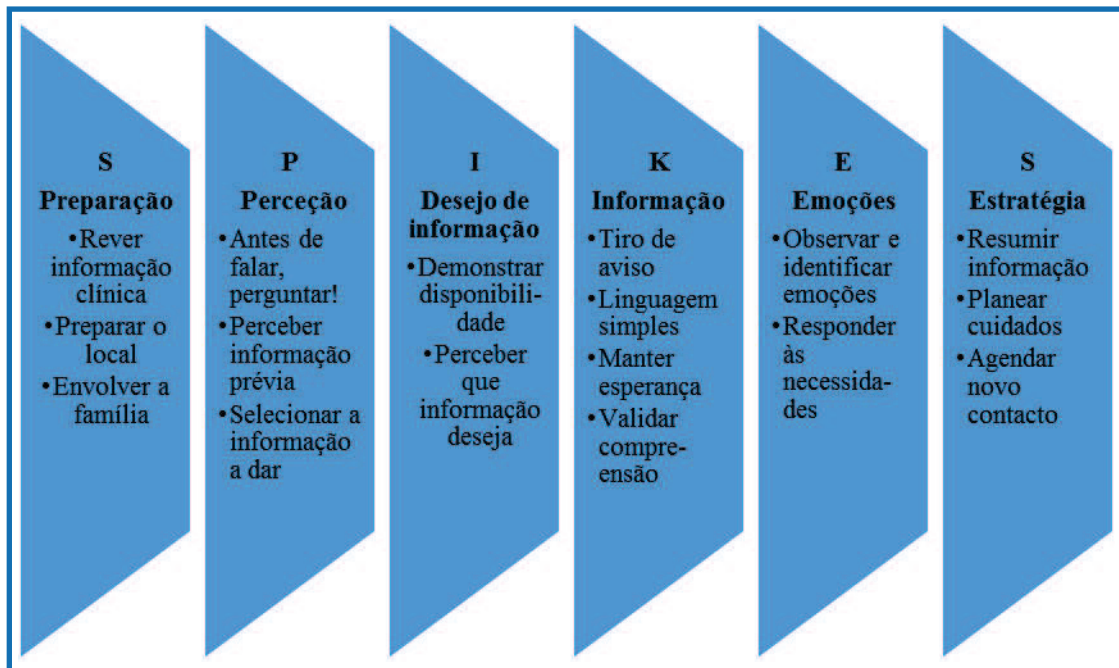
Orientador da Prática Clínica: Enf.^a Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE XII – Cartão de Bolso: Protocolo SPIKES

Comunicação de Más Notícias



Protocolo SPIKES



APÊNDICE XIII – Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

Questionário de Avaliação Final da Sessão de Formação

Designação do Curso:

Data:

A sua opinião sobre a formação que acabou de participar é importante para que possa:

- Aferir em que medida foram satisfeitas as expetativas;
- Perceber se os objetivos foram atingidos;
- Melhorar em futuras formações;

Solicito assim o preenchimento deste questionário, anónimo e confidencial.

Escala de avaliação

mmm

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1	2	3	4	5

Por favor, assinale nas questões que se seguem a opção que lhe parece mais adequada.

1. Avaliação do formador

	1	2	3	4	5
1.1 Definição de objetivos					
1.2 Domínio dos conteúdos					
1.3 Capacidade de transmissão de conteúdos					
1.4 Esclarecimento de dúvidas					
1.5 Metodologia de apresentação					

2. Avaliação da formação em geral

	1	2	3	4	5
2.1 Duração da formação					
2.2 Cumprimento dos objetivos propostos					
2.3 A formação correspondeu às expetativas iniciais					
2.4 Apreciação global da formação					

3. Avaliação dos conteúdos da formação

	1	2	3	4	5
3.1 Os conteúdos são relevantes para a função que desempenho					
3.2 Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada					
3.3 Os métodos utilizados foram adequados					
3.4 Os temas abordados atingiram os objetivos, de modo geral					

4. Avaliação da organização da formação

	1	2	3	4	5
4.1 Horário da formação					
4.2 Material de apoio pedagógico					
4.3 Instalações onde decorreu a formação					

Gostaria ainda que respondesse às seguintes questões:

5. Pontos fortes desta formação.

6. Aspetos a melhorar.

7. Sugestões para o desenvolvimento de futuras formações.

Obrigado pela colaboração!

Enf.^a Andreia Costa

Orientação:

Prof. Patrícia Pontífice

Enf.^a Clara Peixoto

Enf.^o especialista Fernando Sousa

APÊNDICE XIV – Análise dos Resultados dos Questionários de Avaliação da Sessão
de Formação

Análise dos Resultados dos Questionários de Avaliação da Sessão de Formação

Designação do Curso: Comunicação de más notícias no SUG

Data: 20 de junho de 2014

Total de formandos: 8

Escala de avaliação

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado
1	2	3	4	5

Resultados da avaliação final da formação:

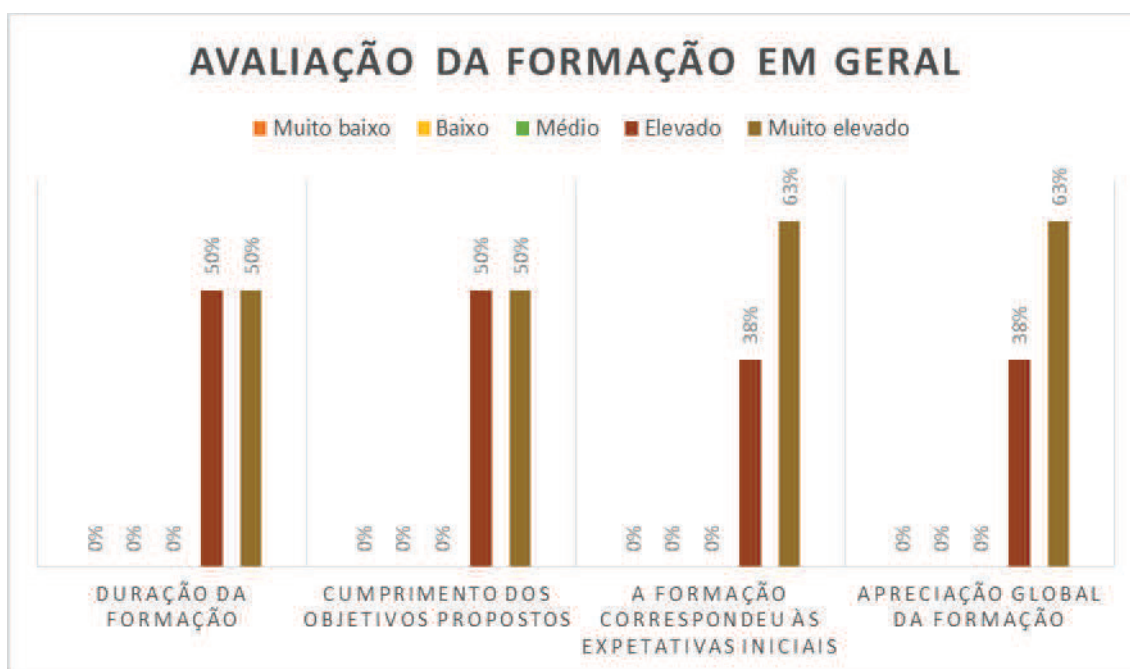
1. Avaliação do formador

	1	2	3	4	5
1.1 Definição de objetivos	0 0%	0 0%	0 0%	3 37,5%	5 62,5%
1.2 Domínio dos conteúdos	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
1.3 Capacidade de transmissão de conteúdos	0 0%	0 0%	0 0%	5 62,5%	3 37,5%
1.4 Esclarecimento de dúvidas	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
1.5 Metodologia de apresentação	0 0%	0 0%	0 0%	5 62,5%	3 37,5%



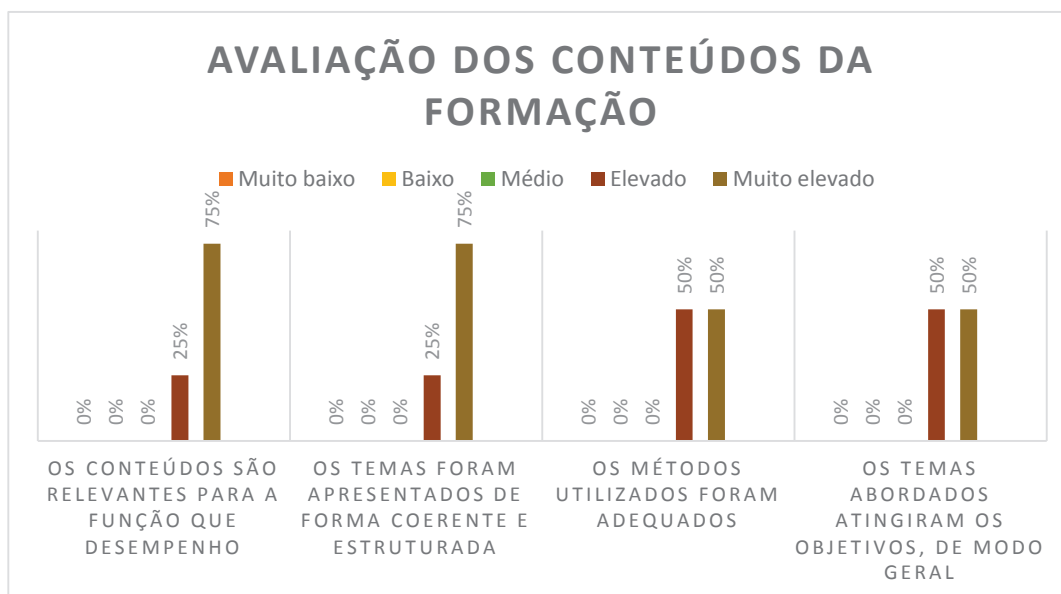
2. Avaliação da formação em geral

	1	2	3	4	5
2.1 Duração da formação	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
2.2 Cumprimento dos objetivos propostos	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
2.3 A formação correspondeu às expectativas iniciais	0 0%	0 0%	0 0%	3 37,5%	5 62,5%
2.4 Apreciação global da formação	0 0%	0 0%	0 0%	3 37,5%	5 62,5%



3. Avaliação dos conteúdos da formação

	1	2	3	4	5
3.1 Os conteúdos são relevantes para a função que desempenho	0 0%	0 0%	0 0%	2 25%	6 75%
3.2 Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada	0 0%	0 0%	0 0%	2 25%	6 75%
3.3 Os métodos utilizados foram adequados	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
3.4 Os temas abordados atingiram os objetivos, de modo geral	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%



4. Avaliação da organização da formação

	1	2	3	4	5
4.1 Horário da formação	0 0%	0 0%	0 0%	4 50%	4 50%
4.2 Material de apoio pedagógico	0 0%	0 0%	0 0%	2 25%	6 75%
4.3 Instalações onde decorreu a formação	0 0%	0 0%	0 0%	3 37,5%	5 62,5%



5. Pontos fortes desta formação:
 - Pertinência do tema relativamente à prestação de cuidados;
 - Role playing;
 - Capacidade de transmissão de conhecimentos;
 - Interação e reflexão sobre situações da prática profissional.
6. Aspetos a melhorar:
 - Sem sugestões.
7. Sugestões para o desenvolvimento de futuras formações:
 - Sem sugestões.

Autor: Andreia Costa

Professor Orientador: Prof.^a Patrícia Pontífice

Orientador da Prática Clínica: Enf.^a Especialista Elvira Chamizo

APÊNDICE XV – Obstinação Terapêutica – Reflexão em Cuidados de Enfermagem ao
Idoso na UCI



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Artigo – Obstinação Terapêutica

Reflexão em Cuidados de Enfermagem ao Idoso na UCI

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem em Cuidados Intensivos

por

Andreia Sofia de Jesus Costa

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, maio 2013

Obstinação terapêutica – Reflexão em cuidados de enfermagem ao idoso na UCI

Therapeutic Obstinacy – A reflection on the elderly nursing care in the ICU

Autor: Andreia Sofia de Jesus Costa*

*Enfermeira, do Hospital Beatriz Ângelo

Resumo: A obstinação terapêutica é uma consequência do excesso terapêutico em relação ao prognóstico esperado e apresenta-se como um dos dilemas éticos mais frequentes e angustiantes para os enfermeiros de Cuidados Intensivos.

O cuidado de enfermagem, em particular ao idoso, visto o envelhecimento humano ter aumentado progressivamente na sociedade, pelo processo de transição demográfica e epidemiológica que marcou as últimas duas décadas, fica dependente e é influenciado pelos dilemas que surgem ao enfermeiro.

Pretende-se com as considerações apresentadas, fornecer dados para a reflexão do tema, com vista a uma participação mais ativa dos enfermeiros da UCI nos dilemas éticos nomeadamente, a obstinação terapêutica no idoso.

Palavras – chave: Unidades de Cuidados Intensivos – UCI's, Idoso,

Obstinação Terapêutica, Cuidado de Enfermagem.

Abstrac: Therapeutic Obstinacy is a consequence of the therapeutic excess when it comes to the expected prognosis and it is one of the most stressful and common dilemmas that nurses have to deal with in the ICU.

Nursing care, in particular regarding the elderly, is influenced and dependent on the dilemmas that nurses come across, as society as been progressively grown older due to the demographic and epidemiologic transitions in the last two decades.

The following considerations will help reflect on this subject allowing ICU nurses to participate more actively in the ethical dilemmas on the elderly therapeutic obstinacy.

Keywords: Intensive Care Units – ICU's, Aged, Therapeutic Obstinacy, Nursing Care.

Introdução:

A tecnologia tem sido alvo de grandes progressos desde a década de 60 do século XX e ocupa atualmente um lugar cimeiro na sociedade, em particular na saúde. Concentra-se nas UCI's destinadas ao cuidado do doente crítico, sendo o uso de técnicas e procedimentos uma constante nestes serviços. Deste modo, na prestação de cuidados de enfermagem surgem situações delicadas geradoras de conflitos que transcendem o saber técnico e científico, exigem um elevado sentido ético e deontológico e necessitam de reflexões pessoais.

A escolha do tema deste trabalho resultou de vivências e reflexões pessoais sobre o cuidado diferenciado ao idoso na UCI devido às suas alterações orgânicas e dilemas éticos em que se insere.

Justifico-a também com o facto de esta ser a prática mais temida pelos idosos hospitalizados ou submetidos a tratamentos de doenças crónicas e igualmente por ser a que maior ameaça representa ao princípio da dignidade humana (Dutra et al, 2010).

Contextualização:

Portugal, bem como outros países tem sofrido alterações no seu perfil demográfico. O aumento de

longevidade, associado a uma baixa taxa de fecundidade conduz ao envelhecimento da população. O desenvolvimento em geral, e das ciências da saúde, em particular, contribui para a melhoria das condições de vida, nomeadamente prevenção e tratamento de muitas doenças. Porém, sendo o processo de envelhecimento caracterizado por alterações nos tecidos e órgãos, predispondo a doenças agudas e predominantemente crónicas, aumenta a recorrência de pessoas idosas aos serviços de saúde. O idoso vai perdendo a sua capacidade de adaptação às agressões internas e externas provocadas estas últimas pelo ambiente da UCI, apresentando assim um risco crescente de complicações e um prolongado tempo de recuperação que contribui para um aumento da taxa de morbilidade e mortalidade das instituições de saúde.

A par do envelhecimento, a eficácia da medicina moderna e a maior exigência da comunidade no acesso à última palavra em tratamentos, leva idosos doentes com pouca esperança de sobrevivência a recorrerem ao hospital, passando de uma morte socialmente aceite, de domínio familiar, para uma morte escondida, de domínio dos técnicos de saúde.

A transformação social do local da morte conduziu a um progressivo esquecimento da mesma e à sua negação.

Numa fase da vida em que deveria viver com dignidade e tranquilidade, o idoso hospitalizado na UCI face à gravidade da sua situação, depara-se com um ambiente completamente diferente do seu ambiente residencial. Encontra-se isolado, rodeado por fios e máquinas, em sofrimento, sem autonomia, fica dependente de quem cuida e/ou dos seus familiares, das rotinas e normas do serviço, sujeito a procedimentos terapêuticos mais ou menos invasivos. Todos estes aspetos potenciam o medo, a insegurança, a fragilidade e a vulnerabilidade do idoso e, sendo a depressão um distúrbio frequentemente observado no idoso hospitalizado em UCI, é necessária atenção por parte do enfermeiro a expressões de tristeza, apatia e alterações do sono para o despistar.

A UCI exige recursos tecnológicos e humanos especializados pelo que não se questiona o valor da dimensão técnica principalmente quando a continuidade da vida depende dela mas sim, a sua sobreposição à dimensão humana (Fernandes, 2008), aspeto que se opõe ao conceito de cuidado transpessoal,

criado por Jean Watson (2002), que desvia o foco de enfermagem do modelo tecnicista e preserva o humanismo e a dignidade.

O desenvolvimento tecnológico e consequentemente das UCI's conduziu ao triunfo imaginário sobre a morte.

O prolongamento da vida a qualquer custo, obstinação terapêutica, surgiu no século XVI com Francis Bacon e com o progresso técnico – científico da segunda metade do século XX, que transformaram a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer, reificando a pessoa (Lima,2005).

Contrariamente, sendo função do enfermeiro assegurar o cuidado, facilmente se depreende que o uso exagerado, sem critérios e indiscriminado de técnicas e intervenções desumanas e sobranceiras em doentes sem possibilidade real de cura, espelham o “não cuidado” suscitando o conflito ético no enfermeiro, que influencia o modo como ele cuida e se relaciona com o doente, família e outros membros da equipa de cuidados.

Obstinação terapêutica é um conceito pouco conhecido que não tem granjeado, em meu entender, a reflexão e o debate esperado, tendo em conta ser muito

recorrente na prática dos profissionais de saúde em meio hospitalar, em particular nas UCI's.

É entendido como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, reflexo da persistência dos profissionais em manter a vida do doente em fase terminal, causando desconforto físico e emocional ao doente, familiares e restante equipa multidisciplinar (Lima,2005). Segundo o dicionário da bioética define-se como morte difícil ou penosa, o prolongar do processo de morte através de um tratamento marcado pelo sofrimento que somente se preocupa com a manutenção da vida biológica sem qualidade nem dignidade.

O idoso torna-se no reservatório dos saberes da equipa, é cuidado de forma impessoal e desrespeitadora. Fica privado do sono, da sua privacidade, uma vez que esta varia na proporção inversa da qualidade da vigilância e fica mais isolado pois, o acesso à sua cabeceira está dificultado. Neste contexto, surge no enfermeiro o desafio de devolver e preservar a dignidade humana ao idoso na fase final da sua vida.

O número crescente de estudos evidencia a necessidade de um cuidado centrado no idoso em diversos contextos porém, quando reportado ao

cuidado do idoso hospitalizado na UCI, e em particular à obstinação terapêutica constata-se algumas lacunas, o que justifica a presente reflexão sobre o prolongamento da vida e sobre os cuidados de enfermagem ao idoso em fase terminal.

Desenvolvimento:

A diversidade de valores, crenças e convicções, gera diferentes opiniões e perspectivas face a determinada situação. Assim, os valores médicos direcionados para o curar, divergem em muito dos valores do enfermeiro direcionados para o cuidar. A par, encontra-se a visão holística e o conhecimento que o enfermeiro detém do idoso, dos seus valores, crenças e desejos, obtido pela relação terapêutica criada com o mesmo e com a família, proporcionando esta última não só um maior conhecimento do idoso, mas também da própria família, suas expectativas, esperanças, desejos e necessidades. Esta relação permite ao enfermeiro uma melhor e mais individualizada prestação de cuidados. Desta forma o idoso pode ter desejos que somente o enfermeiro conhece, como o desejo de morrer num determinado local, ou na companhia de determinada pessoa.

O enfermeiro embora sendo o profissional de saúde que melhor

conhece o doente, pode ou não desejar a sua inclusão nos processos de tomada de decisão dos dilemas éticos relacionados com mesmo. Esta questão deve-se em parte à necessidade de refletir sobre a perspetiva que se tem da vida a qual, em minha opinião e em concordância com Macedo (2010) deve ser entendida como um valor fundamental mas não absoluto, que deve ser protegido, mas não prolongado a qualquer custo.

A aceitação ou não da morte, interfere também no envolvimento do enfermeiro neste processo pois, se a morte for encarada como um fracasso, como um erro e não como o limite natural da vida, o enfermeiro sentirá alguma dificuldade em lidar com o processo de morte, tendo tendência para se afastar do doente, cuidar friamente e em silêncio, fechar as cortinas mantendo-o isolado e só. Porém, considero que precisamos cada vez mais de lidar com a realidade que recusamos dentro de nós, assumindo uma postura profissional, sendo empáticos com a realidade da pessoa.

A compreensão da vida e aceitação da morte como uma etapa da existência da pessoa dependem e são influenciadas por vários fatores, entre eles a idade da pessoa. Embora a morte seja sempre um

acontecimento doloroso é mais difícil aceitar a morte de uma criança do que a de um idoso. Todos aceitamos que a pessoa a partir de determinada idade já cumpriu a sua missão, já viveu e concretizou os seus objetivos, o que facilita a sua aceitação pelo enfermeiro e promove consequentemente um melhor acompanhamento ao doente e sua família (Pacheco,2006).

A aceitação da morte, ou seja, dos limites do corpo, das ciências e das técnicas, conduz assim à humanização do cuidado de enfermagem em particular ao idoso em fim de vida, assegurando uma prestação de cuidados de conforto, assente numa comunicação continua com o idoso, no alívio dos sentimentos potenciados pelo ambiente onde se encontra como a dor, o medo, a insegurança, na prevenção do isolamento através da permanência da família, pessoa desejada ou próprio enfermeiro e no respeito pelos direitos da pessoa.

No entanto, outros motivos fazem persistir a obstinação terapêutica como os pedidos incessantes dos familiares para prolongar a vida daquela pessoa, face ao desconhecimento da situação, ou ao sentimento de culpa que vivenciam relativamente ao doente idoso, causado por exemplo, pela sua

institucionalização. Para as famílias muitas vezes o mais apaziguador é ouvir que foi feito tudo para manter a vida daquela pessoa independentemente do seu sofrimento, no entanto, perante estas situações a equipa multidisciplinar dever-se-ia reunir com a família, envolvendo-a no processo de decisão. Associado a estes pedidos encontra-se o receio médico de ser acusado de negligência.

A visão sistémica da pessoa idosa por parte do médico é outra explicação para a obstinação terapêutica pois, fá-lo implementar medidas invasivas e exageradas de substituição de um órgão como por exemplo a técnica dialítica, esquecendo-se que a pessoa não é composta somente pelo corpo mas também, pela mente e alma num todo inseparável. A visão holística pessoa idosa, adotada pelo enfermeiro, ajuda-a a encontrar o sentido das experiências, a sua razão de ser e limita o aparecimento de situações de obstinação terapêutica.

Porém, o principal motivo para o elevado número de situações de obstinação terapêutica é a falta de comunicação, entre a equipa multidisciplinar e família do doente e dentro da equipa multidisciplinar pois, a discussão conjunta sobre alternativas terapêuticas, riscos e benefícios para o

doente, diminuiria não só o número de situações de obstinação terapêutica, bem como a angústia profissional dos enfermeiros, causada por não poderem participar nesta decisão, com a qual não concordam e pelo sofrimento dos familiares. Solucionaria igualmente alguns dos dilemas éticos dos profissionais envolvidos nessa decisão.

Esta ausência de comunicação na equipa multidisciplinar pode resultar de um mecanismo de defesa do enfermeiro que não deseja participar, como anteriormente referido, ou de um comportamento da equipa médica decidindo individualmente. Se assim for, e se a restante equipa multidisciplinar em particular os enfermeiros não concordarem com a decisão vão surgir dilemas, sentimentos como insatisfação profissional pela não participação da decisão, sofrimento, descontentamento e frustração por saberem que estão não só a prolongar a dor e o sofrimento daquela pessoa e sua família com tratamentos e técnicas infrutíferas, bem como a potenciar o isolamento pois, a sua maioria encontra-se profundamente sedada, sem possibilidade de contactar, comunicar e de se despedir dos familiares (Macedo, 2010).

A ausência de comunicação entre os elementos da equipa médica leva ao

início, suspensão ou alteração de tratamentos com frequência mediante os valores, princípios e convicções pessoais. Nestas situações, a família questiona sobre o motivo para tais mudanças levantando ao enfermeiro um novo dilema pois, embora faça parte do domínio das competências do enfermeiro assegurar o acesso à informação é difícil e não se sabe até que ponto é correto para o enfermeiro justificar uma decisão com a qual não concorda e na qual não participou. Como tal, o mais sensato seria encaminhar o familiar para a equipa médica.

A principal causa dos dilemas é a dúvida quanto ao cumprimento dos princípios gerais e os deveres orientadores da prática de enfermagem presentes no código deontológico, apesar de norteadores das condutas de enfermagem. O princípio enunciado na alínea c) do artigo 79.º do Código Deontológico do Enfermeiro integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros cita como dever do enfermeiro a proteção da pessoa de práticas que contrariam a ética deste modo, e uma vez que o conselho nacional de ética para as ciências da vida (1995) recusa todos os recursos terapêuticos fúteis ou inúteis, por apenas prolongarem o

sofrimento e defende que a omissão de tratamentos inúteis ou a interrupção de "meios artificiais" não é eutanásia, emerge um dilema ético na atuação do enfermeiro.

A incerteza quanto ao cumprimento dos princípios da bioética constitui outro dilema para o enfermeiro da UCI que vai influenciar igualmente os seus cuidados.

A pessoa hospitalizada na UCI encontra-se habitualmente sedada e/ou impossibilitada de comunicar, não conseguindo fazer uso do princípio de autonomia. Embora a família possa assumir esse direito, excepcionalmente conhece o desejo e os ideais do doente, decidindo então em conformidade com os seus próprios ideais e valores. A equipa multidisciplinar deve assegurar o princípio da beneficência e da não maleficência o que nestas situações de obstinação terapêutica face à irreversibilidade do estado de saúde do idoso é colocado em causa.

O princípio da justiça relativo ao direito aos cuidados de saúde deve ser igualmente assegurado. Porém, perante uma situação em que a UCI se encontra sem vagas, com pessoas em situação irreversível submetidas a tratamentos que somente adiam a morte e surge um pedido para uma pessoa com

possibilidade de recuperação, pode nascer nos enfermeiros, embora a decisão não seja da sua responsabilidade, um outro dilema relativo a este princípio - tendo uma limitação ou escassez de recursos, como distribuí-los justamente? (Macedo, 2010) Não sendo esta uma decisão da competência do enfermeiro, realço somente que todos os indivíduos têm igual direito à saúde e ao cuidado.

Estas questões surgem com alguma frequência e levam os enfermeiros a refletirem sobre os seus deveres e princípios, sobre o cumprimento dos direitos do doente terminal, em particular o direito a morrer em paz e com dignidade e fã-los igualmente refletir no cumprimento dos princípios da bioética.

Perante os exemplos mencionados facilmente se comprova não só a diversidade de causas e dilemas possíveis de se colocar ao enfermeiro bem como, a complexidade e diversidade de hipóteses para sua resolução. Os dilemas éticos são difíceis de solucionar e provocam desgaste e sofrimento a todos envolvidos.

Uma das estratégias cada vez mais adotada pelos enfermeiros para a resolução dos dilemas é a sua participação nas discussões e decisões

com a equipa multidisciplinares e com os familiares sobre os dilemas que envolvem o seu doente, como a obstinação terapêutica.

O trabalho de equipa e a realização periódica de reuniões, onde a equipa multidisciplinar possa partilhar e refletir sobre experiências, dilemas e sentimentos relativos à morte e ao prolongamento da morte do idoso, são outras estratégias possíveis de adotar.

Por vezes há dilemas que permanecem e podem levar os enfermeiros a procurar as suas próprias soluções. Deste modo, sendo o dilema um problema com duas possibilidades de solução nenhuma das quais inteiramente aceitável e refletindo sobre o mencionado ao longo do trabalho, percebe-se que a obstinação terapêutica, dilema ético central desta reflexão, influencia os cuidados de enfermagem consoante a postura e posição adotada pelo enfermeiro, determinada esta pelos seus valores, sentimentos, convicções, princípios, deveres e responsabilidades ético-legais. A influência positiva está patente na humanização dos cuidados, respeito pelos direitos e valores do idoso e sua família. Contrariamente, a desumanização, despersonalização e o desrespeito pelos direitos da pessoa

refletem o impacto negativo dos dilemas nos cuidados de saúde.

Reflexão final:

A obstinação terapêutica no idoso é um tema pouco estudado, pouco divulgado, mas muito frequente nas UCI's.

Desde os primórdios da humanidade que se assiste à procura da imortalidade. Atualmente a morte é entendida como uma derrota e não como o limite natural da vida, motivo pelo qual o idoso morre cada vez mais em instituições de saúde e não em casa, junto da família.

O idoso pelas suas particularidades é mais vulnerável o que torna os aspetos ético e legais, como a obstinação terapêutica importantes questões do cuidado ao idoso.

A UCI é um local onde a morte se esconde e se apresenta como geradora de ansiedade pela ambiguidade de sentimentos que representa pois, por um lado tenta-se manter a vida através dos investimentos terapêuticos por outro, anseia-se a morte pelo desejo de aliviar a dor e sofrimento do idoso perante a confirmação da irreversibilidade do seu quadro clínico. Por isso o dilema que se vive com frequência nas UCI é a decisão de avançar ou parar, com a certeza porém, de que o Cuidado tem de ser uma constante, independentemente

da possibilidade de cura, atitude que vai ao encontro de Leininger (1995), ao afirmar que o cuidado existe sem cura, mas que a cura não acontece sem o cuidado.

Assim contrariamente aos investimentos terapêuticos, o controlo da dor, o alívio do desconforto e a nossa presença para proporcionar uma morte em paz e com a serenidade e dignidade que merece nunca poderão ser considerados fúteis ou inúteis.

Quanto maior o respeito pelos princípios éticos, mais humanizado e individualizado será o cuidado, tornando-se a obstinação terapêutica no idoso uma prática a extinguir pois, os avanços tecnológicos não foram acompanhados com a ética. A tecnologia sofisticada difere em muito de enfermagem “sofisticada” (*enfermagem avançada*) pois, esta última sofisticação pode ser exercida da mesma forma num hospital de campanha, ou num hospital novo, equipado com material tecnológico mais recente e avançado.

A arte de cuidar em enfermagem é permeada de significações porém, quando se trata do idoso, implica uma vivência mais intensa, um olhar mais atento e diferenciado para as suas especificidades e particularidades. O

idoso tem muitos mais aspectos a respeitar e valorizar do que um jovem pois, tem toda uma história de vida, uma bagagem de experiências e conhecimentos.

Para uma prestação de cuidados de maior qualidade ao idoso terminal é necessário um ambiente acolhedor, protetor, mais humano, com possibilidade de maior envolvimento e permanência da família, aspecto que não se verifica, permanecendo ainda um ambiente assustador, barulhento, frio e agitado.

O enfermeiro tem de saber fazer, ter conhecimentos científicos e habilidade técnicas, mas necessita igualmente de saber ser e saber estar.

Espera-se que este trabalho promova a reflexão dos enfermeiros sobre os seus cuidados a favor da dignidade da vida e do processo de morte.

Referências bibliográficas:

- Dutra BS, Rigeira ACM, Santana JCB. Distanásia: Reflexões éticas sobre os limites de esforços terapêuticos nas unidades de terapia intensiva. Revista Bioethikos.2010;4(4):402-411.
- Gandolpho MA, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando do idoso:

reflexões bioéticas. O mundo da saúde. 2006;30(3):398–408.

- Macedo JC, Oliveira N. Pessoas transparentes - questões atuais da bioética. Coimbra: Almedina; 2010.
- Martins JJ, Nascimento ERP. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2005;34(2):49-55.
- OE. Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional. Ordem dos enfermeiros. 2006;(20).
- Santana JCB, Rigueira ACdM, Doutra BS. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros. Revista Bioethikos. 2010;4(4):402-411.
- Silva FS, Pachemshy LR, Rodrigues IG. Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009;21(2).148-154.
- Silva KCOS, Quintana AM, Elisabeta AN. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery. 2012;16(4):697-703.

Legislação

- Código deontológico dos enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

APÊNDICE XVI – Análise Jurídica da Informação de Saúde



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Análise Jurídica da Informação de Saúde

Trabalho realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional, no âmbito da Unidade Curricular Direito da Saúde

por

Andreia Sofia de Jesus Costa

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, dezembro 2013

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de dados

CRP – Constituição da República Portuguesa

LADA – Lei de Acesso aos Documentos Administrativos

LBS – Lei de Bases da Saúde

LIS – Lei da Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde

LPD – Lei de Proteção dos Dados Pessoais

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1 - REFLEXÃO E ANÁLISE JURÍDICA	5
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

Até ao século XIX vigorou o modelo paternalista entre o profissional de saúde e o paciente, confiando este último todas as decisões relativas à sua saúde ao profissional. Seguiu-se depois, associado ao desenvolvimento do conhecimento e da ciência, uma mudança de paradigma, passando a modelo de autonomia no qual a pessoa deixa de ser um “mero objeto”, para ser o sujeito dos cuidados de saúde.

O desenvolvimento dos meios de comunicação e por conseguinte a maior facilidade de acesso à informação, aliado ao maior número de meios para combater as doenças, tornaram as pessoas progressivamente mais atentas e exigentes quanto à informação de saúde. Porém, a abordagem da informação de saúde é ainda redutora, pois, é frequentemente associada ao consentimento informado para a prática de atos médicos, quando na realidade tem múltiplas funções, tais como assegurar o acesso ao direito em saúde e o tratamento dos dados de saúde.

A informação de saúde recolhida e produzida por profissionais ou resultado da realização de exames emerge assim como meio de assegurar uma mais adequada e individualizada prestação de cuidados e traduz o respeito pela dignidade da pessoa. A sua transmissão assenta na relação terapêutica estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente, sendo deste modo uma decisão individual e livre do paciente, resultante do princípio da autonomia.

Neste sentido, para a elaboração do trabalho proposto no âmbito da unidade curricular de direito em saúde, inserida no mestrado em enfermagem, de natureza profissional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi selecionada a temática “informação de saúde”, definida como “...*todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre em vida, ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar*”, de acordo com o artigo 2.º da lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro.

Esta temática é contemplada na constituição da república portuguesa, bem como na lei de bases da saúde, no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, no código deontológico dos enfermeiros inserido no estatuto da respetiva ordem, na lei da informação genética pessoal e informação de saúde (lei n.º12/2005 de 26 de janeiro), na lei da proteção de dados pessoais (lei n.º67/98 de 26 de outubro), na

lei de acesso aos documentos da administração (lei n.º46/2007, de 24 de agosto) e no código penal, justificando a utilização destes documentos legislativos na elaboração deste trabalho.

O presente trabalho é uma reflexão e análise jurídica da temática “informação de saúde” e pretende, de modo geral, promover o desenvolvimento de competências do enfermeiro para um exercício de enfermagem segundo a lei, conseguido especificamente através do aprofundamento de conhecimentos sobre o regime jurídico da enfermagem em Portugal, em particular sobre a dimensão jurídica da responsabilidade do enfermeiro no que diz respeito à informação de saúde.

Este trabalho enuncia os princípios e relaciona as normas deontológicas com o restante quadro jurídico nos domínios da informação de saúde e do sigilo profissional.

A estrutura desta reflexão e análise jurídica segue a cadeia hierárquica das leis, particularizando à profissão de enfermagem. Por último, apresentam-se as conclusões do trabalho, as referências bibliográficas e outras fontes de informação que serviram de suporte à sua realização.

Por opção, o texto é redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1 – REFLEXÃO E ANÁLISE JURÍDICA

Iniciando a análise jurídica desta temática pelo topo da cadeia hierárquica das leis, CRP, e reconhecendo o princípio da universalidade abordado no artigo 12.º, depreende-se a aplicação dos direitos e deveres fundamentais nela consignados a todos os cidadãos, sejam eles, de acordo com citado no artigo 14.º e artigo 15.º, portugueses a residir no estrangeiro ou estrangeiros a residir em Portugal, não podendo existir perante a lei, segundo o artigo 13.º benefícios nem prejuízos, assegurando-se assim o cumprimento do princípio da igualdade.

Deste modo, de acordo com o n.º1 do artigo 64.º da CRP *“todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”* usufruindo para tal, do direito à informação livre, sem discriminações e censuras, citado no n.º 1 e n.º 2 do artigo 37.º do mesmo documento.

Descendo na hierarquia encontra-se em seguida a LBS, aprovada pela Lei n.º48/90 de 24 de agosto e alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Ao analisar o n.º 1 e o n.º 2 da base I referentes aos princípios gerais, é possível confirmar que, tal como regulado pela CRP, a proteção em saúde e o acesso aos cuidados de saúde, são direitos comuns a todos os cidadãos e comunidade. Também o n.º 1 da base V da LBS, à semelhança do legislado no n.º 1 do artigo 64.º da CRP, lhes atribui a responsabilidade *“pela própria saúde, individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover”*.

No entanto, segundo a alínea d), e) e b) do n.º 1 da base XIV da LBS os cidadãos, para além de deveres são detentores de direitos, como o direito ao respeito e confidencialidade sobre os dados pessoais revelados, o direito à informação sobre a sua situação de saúde, às alternativas possíveis de tratamento e evolução provável do seu estado e o direito à decisão livre, de acordo com as suas crenças e valores, face às várias alternativas possíveis de receber ou recusar os cuidados propostos, salvo disposição especial da lei.

No domínio da informação de saúde, outras normas jurídicas para além das supra referidas são estabelecidas no capítulo III do artigo 10.º da convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina onde se consagra que, todas as pessoas têm direito

ao respeito da sua vida privada e à informação de saúde, desde que seja sua vontade e não lhe cause prejuízo.

No entanto, a informação de saúde tem um regime jurídico próprio estabelecido em diversos diplomas legislativos, entre os quais a Lei da Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde – regime principal, a Lei de Proteção dos Dados Pessoais e a Lei de Acesso aos Documentos Administrativos. Assim, sabendo que a informação de saúde é referente ao estado da pessoa, incluindo os dados produzidos no decurso da prestação de cuidados, considera-se privada, direito consagrado no n.º 1 do artigo 26.º da CRP, classificado como direito de personalidade no artigo 80.º do código civil, mantido para além da morte segundo o artigo 71.º do mesmo código.

A Lei n.º12/2005 de 26 de janeiro, LIS, aborda questões de titularidade, acesso e tratamento da informação de saúde.

Relativamente à titularidade da informação de saúde há duas situações distintas conforme se refira à informação que as pessoas revelam sobre si e para a qual pretendem a máxima reserva ou à informação que é conhecimento primeiro do profissional de saúde. Contudo, em ambas as situações, a informação de saúde em conformidade com o regime jurídico estabelecido no n.º 1 do artigo 3.º da lei suprarreferida é “propriedade” (expressão usada pelo legislador para invocar um direito real com uma expressão mais forte do que titularidade) da pessoa, desde que assegurado um adequado agir ético, tornando-se deste modo uma dimensão não destacável da sua vida. Por sua vez, as unidades do sistema de saúde assumem-se como os depositários da informação reunindo-a por inteiro num único processo, como comprovado pelo mesmo regime.

O titular da informação, em concordância com o n.º 2 do artigo 3.º da LIS, tem acesso livre aos seus dados de saúde nomeadamente, ao seu processo clínico, exceto em circunstâncias excecionais devidamente justificadas, como em caso de recusa da sua parte – exercendo o direito da autonomia; em situação de emergência – como consagrado no artigo 156.º do código penal; ou em situações em que se comprove ser prejudicial para o próprio a transmissão dessa informação – como disposto no artigo 157.º do mesmo código, assegurando-se o princípio da não maleficência. Pois, não seria eticamente concebível que os profissionais de saúde,

cujo dever é proteger o outro, lhe pudessem causar dano ou desconforto. Neste último tipo de circunstâncias excepcionais, o profissional de saúde detentor de habilitações próprias, pode optar por transmitir a informação enquadrada no seu âmbito de competências posteriormente, num momento mais oportuno, ou pode ainda, como alternativa, transmiti-la a uma terceira pessoa indicada pelo titular desde que, com o seu prévio consentimento, como consagrado no regime de acesso aos dados de saúde, estabelecido nos termos do n.º 3 do artigo 3.º da LIS.

A necessidade do consentimento emerge da questão da titularidade abordada anteriormente e do consagrado na alínea b) do n.º 1, do artigo 3.º da LADA, que interdita a consulta dos “documentos nominativos” assim designada a informação de saúde, por terceiros. Por conseguinte, o consentimento implica segredo por parte da organização e sigilo por parte do profissional.

A informação de saúde é protegida por um duplo sigilo, pelo que, paralelamente ao cumprimento dos níveis de segurança impedindo o acesso indevido de terceiros, deve ser reforçado o dever do sigilo incluído na deontologia da profissão.

O tratamento da informação de saúde, referido no artigo 4.º da LIS particularmente no n.º 1, n.º 3 e n.º 4, pressupõe igualmente confidencialidade, educação deontológica dos seus profissionais e controlo no seu acesso.

Deste modo, a informação partilhada entre as pessoas envolvidas no plano de cuidados, só pode ser utilizada mediante prévia autorização por parte do seu titular ou representante. Contudo, o seu acesso pode ser alargado à investigação em saúde, desde que assegurado o anonimato e perante consentimento prévio e também a outras situações estabelecidas por lei.

A LIS não especifica porém, o uso e tratamento da informação de saúde nomeadamente para o exercício de justiça, nem a circulação da mesma, tornando-se pertinente uma sucinta análise da lei n.º67/98 de 26 de outubro, LPD.

A análise do artigo 2.º da LPD permite aferir que esta lei vai de encontro ao consagrado pelos outros documentos mencionados ao longo do trabalho, respeitando a vida privada, os direitos e liberdades da pessoa.

O tratamento da informação de saúde designada no n.º 1 do artigo 7.º da LPD como “dados sensíveis” só pode, de acordo com a análise do mesmo artigo ser concretizado mediante disposição legal, consentimento do titular ou autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Ampliando contudo, nos termos do n.º 4 do mesmo artigo as possibilidades de tratamento dos dados a situações particulares, como para fins preventivos, prestação de cuidados e gestão de serviços, desde que realizado por um profissional de saúde obrigado a manter o sigilo profissional e notificado à CNPD.

No termos do n.º 1 do artigo 10.º da secção II da LPD o titular da informação de saúde tem o direito a ser informado, antes da colheita de dados ou antes do seu registo quando não recolhidos junto dele, sobre quais as finalidades do tratamento, o destinatário dos dados, o carácter da resposta, se obrigatório ou facultativo, as eventuais consequências de não responder e as condições de acesso e retificação, se, e quando necessário de forma assegurar o tratamento leal dos dados.

O artigo 17.º da LPD, à semelhança do consagrado nas leis anteriormente analisadas, realça e amplia o dever do sigilo profissional a todos os funcionários, agentes, técnicos da CNPD ou seus vogais responsáveis pelo tratamento dos dados ou seu subcontratante, mesmo após o término do processo ou do mandato no caso dos membros da CNPD, exceto quando se tratam de informações obrigatórias em termos legais.

Relativamente às profissões de saúde foram criados quadros jurídicos específicos, que prescrevem os deveres dos profissionais relativamente à guarda e transmissão da informação de saúde das pessoas.

Particularizando à enfermagem, foi elaborado o REPE, decreto-lei n.º161/96 de 4 de setembro aprovado pelo estatuto da ordem com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril, com o intuito de regulamentar o exercício da profissão assegurando o cumprimento dos direitos e normas deontológicas específicas, e também assegurar uma prestação de cuidados de qualidade.

Deste modo, apesar da atuação de enfermagem ser nos termos do n.º 3 do artigo 8.º do REPE, de complementaridade funcional com os outros profissionais de saúde, detém dignidade e autonomia, pelo que, em concordância com o consagrado

nos documentos mencionados anteriormente, o n.º 1 do artigo 8.º do capítulo IV do REPE e o artigo 78.º do CDE, evidenciam a conduta ética e responsável do enfermeiro respeitadora dos direitos e interesses das pessoas.

A ordem dos enfermeiros, associação pública representativa e reguladora do exercício profissional dos enfermeiros, tem, de acordo com o capítulo I, n.º 2 do artigo 1.º do seu estatuto, personalidade jurídica, pelo que é independente dos órgãos do estado, livre e autónoma nas suas atribuições, justificando-se assim o referido anteriormente.

O CDE inserido no estatuto da ordem dos enfermeiros, aprovado pelo decreto-lei n.º104/98 de 21 de abril alterado e republicado como anexo pela lei n.111/2009 de 16 de setembro, fonte da deontologia de enfermagem em Portugal, isto é, base dos deveres e valores éticos a cumprir pelo enfermeiro, consagra a temática em análise no artigo 84.º *do dever da informação* e no artigo 85.º *do dever do sigilo*, tornando-a numa “obrigação deontológica”.

Desta forma, particularizando ao enfermeiro e direcionando para a transmissão de informação de saúde à pessoa, o artigo 84.º do CDE reforça os deveres igualmente consagrados, embora de modo mais geral, nos outros documentos legislativos localizados em patamares superiores da cadeia hierárquica e como tal já mencionados.

Cito como exemplo o dever de informar a pessoa e família sobre os cuidados de enfermagem, atender a pedidos de informação ou explicação sobre cuidados de enfermagem e informar sobre recursos a que pode ter acesso, bem como o meio de os obter, assegurando sempre o respeito pelos princípios gerais, enumerados no n.º 1 e n.º 2 do artigo 78.º da secção II do CDE, nomeadamente o da verdade e justiça e o da liberdade responsável, frequentemente usados em situações onde a totalidade da informação e a verdade absoluta são prejudiciais à saúde e ao bem-estar da pessoa por constituírem uma forma de não proteção ou abandono.

No que respeita à guarda da informação de saúde, especificamente pelo enfermeiro, em consonância com a alínea a) do artigo 85.º do CDE e o analisado ao longo deste trabalho, considera-se seu dever guardar segredo sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, pois, a informação do recetor de cuidados

e sua família é confidencial. Relativamente à sua partilha e divulgação, o enfermeiro à semelhança dos outros profissionais, nos termos da alínea b), c) e d) do artigo 85.º do CDE, só o pode fazer com pessoas envolvidas no plano de cuidados, para fins de ensino, investigação, controlo de qualidade dos cuidados ou em situações previstas por lei.

O tratamento da informação de saúde para o exercício de justiça, tal como analisado anteriormente é uma exceção, todavia, o dever de colaborar com a justiça não se sobrepõe ao dever do sigilo do enfermeiro, podendo este, tal como consagrado no artigo 135.º do código penal recusar depor. Contudo, a decisão última de quebra do sigilo depende do parecer do conselho jurisdicional da ordem dos enfermeiros, entidade à qual o enfermeiro tem o direito e dever de pedir prévio aconselhamento ético, deontológico e jurídico de forma a garantir a harmonia entre o regime jurídico do sigilo profissional e o regime jurídico do processo penal, como disposto no artigo 135.º do código de processo penal.

A informação de saúde enquanto dever do enfermeiro vem especificamente consagrada no estatuto da ordem dos enfermeiros e no CDE, embora também o seja nos restantes diplomas legislativos consignados ao longo do trabalho, tornando-se o seu incumprimento um facto qualificado por várias normas da nossa disposição jurídica como gerador de responsabilidade a nível penal, civil e disciplinar, sendo o enfermeiro em causa alvo de aplicação de pena graduada, consoante a infração. Deste modo, o enfermeiro tem o dever de transmitir a informação de saúde à pessoa, assegurando a confidencialidade.

CONCLUSÃO

A informação de saúde é simultaneamente um *direito* da pessoa e um *dever* do enfermeiro.

Enquanto *direito*, a informação de saúde depende das necessidades da pessoa em questão. Como *dever*, deve ser perspectivada mediante a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o paciente, devendo o profissional agir com base na ponderação entre a autonomia da pessoa e na proteção que lhe é devida, por se encontrar numa situação de vulnerabilidade. Como tal, a decisão de informar só adquire total significado quando se confronta a pessoa a quem se dirige.

O dever do enfermeiro na transmissão da informação apresenta alguns limites como a recusa da informação, o privilégio terapêutico e situações de emergência. Assim, independentemente da legislação, compete ao enfermeiro decidir qual a informação de saúde adequada no momento e a melhor forma de garantir o seu acesso à pessoa, guardando em segurança a considerada prejudicial.

Atualmente, todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, em particular os enfermeiros, devem cumprir este dever dentro do seu campo de atuação, assegurando outros direitos da pessoa com vista a uma prestação de cuidados de maior qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Código Civil. Coimbra: Edições Almedina, 2007.
- Constituição da República Portuguesa. Coimbra: Edições Almedina, 2002.
- Deodato S. Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina, 2012.

LEGISLAÇÃO

- Código deontológico dos enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.
- Código penal, aprovado pelo decreto-lei nº48/9 de 15 de março (Alterado pela Lei nº 59/2007 de 4 de setembro).
- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de agosto (Lei de bases da Saúde).
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros).
- Decreto-Lei nº67/98 de 26 outubro.
- Decreto-Lei nº 43/2004 de 18 agosto.
- Decreto-Lei nº 12/2005 de 26 janeiro.
- Decreto-Lei nº 46/2007 de 24 agosto.
- Resolução da Assembleia da República n.º1/2001 de 3 de janeiro.