



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A HUMANIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO MÁXIMA DO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO

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 Filipa Isabel Lopes Veríssimo

LISBOA, fevereiro 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A HUMANIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO MÁXIMA DO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO

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 Filipa Isabel Lopes Veríssimo

Sob orientação de Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, fevereiro 2013

RESUMO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende retratar um percurso académico e profissional consolidado pelo contacto com os doentes, com as famílias e com os profissionais de saúde, em tempos e realidades diferentes, mas que se cruzam na riqueza das relações, no crescimento pessoal e no desenvolvimento de competências especializadas.

Ainda que os estágios decorram em contextos diferentes, nomeadamente na área dos cuidados paliativos e no serviço de urgência, onde os avanços tecnológicos não param de me surpreender, para além das competências técnicas e científicas necessárias, foram considerados os direitos da pessoa, com respeito pela sua autonomia e privacidade.

A relação interpessoal enfermeiro-pessoa/família assume um papel fundamental na qualidade dos cuidados e traduz-se num dos principais eixos da humanização, daí a minha preocupação em trabalhar esta questão com maior clareza e destaque no primeiro capítulo do relatório, sob a forma de uma revisão sistemática da literatura. De facto, a forma como cada ser humano se comporta é indicadora do seu modo de estar na vida, no entanto, só existimos e crescemos na relação com os outros. É através das relações interpessoais, do ato de comunicar, que conseguimos satisfazer algumas das nossas necessidades, nomeadamente, de reconhecimento, de confiança, de respeito, de proteção e de dignidade. Foi partindo destes princípios que durante o meu percurso procurei sustentar as minhas intervenções visando sempre a pessoa doente como um ser holístico.

Perante o exposto, a humanização dos cuidados apresenta-se como uma das exigências do processo de saúde-doença. Da convicção que a pessoa humana e a sua vida têm um valor incomensurável em qualquer situação, surgiu o interesse e necessidade de abordar esta temática que é transversal aos dois campos de estágio.

Este relatório apresenta assim intervenções de enfermagem direcionadas para o doente crítico, quer perante situações em que o projeto curativo não faz sentido, mas em compensação o CUIDAR revela-se uma necessidade imperiosa, inserido num contexto de cuidados paliativos; quer pela necessidade imediata de recuperação ou manutenção das suas funções vitais, em contexto de urgência.

Os dois estágios, pela sua especificidade, exigiram também a aplicação e contribuição de alguns referenciais teóricos, concretizados na *Escola da Interação* com Hildegard Peplau e Joyce Travelbee, que serviram de orientação ao processo comunicacional com a pessoa doente, e na *Escola do Caring* com Jean Watson e Kristen Swanson, fundamentando as minhas intervenções tendo sempre subjacente um cuidado humanizado.

Para a ilustração de cada um dos módulos, que farei segundo uma ordem cronológica de realização, procurei usar uma metodologia descritiva, e que atendesse à capacidade reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas, tendo em conta o projeto de estágio e o portefólio.

ABSTRACT

This report, developed in the framework of the master's degree with specialization in Medical-Surgical Nursing, seeks to portray an academic and professional career founded on the interaction between patients, families and healthcare professionals, in different times and settings, but that overlap in terms of the achieved personal growth, development of expertise and the depth of the established relationships.

Although the internships took place in different healthcare contexts, namely palliative care and the emergency room, – the technological advances of which do not cease to amaze me – in addition to the necessary technical and scientific skills, the rights of the person, the respect for their autonomy and privacy, were taken into account.

The nurse-person/family relationship plays a key role in the quality of care and is one of the main axes of humanization, hence my concern in approaching this issue with clarity and featuring it in the first chapter of the report, in the form of a systematic review of the literature. How each person behaves is indicative of their way of being in life, however, we only exist and grow when in relationship with others. It is through the interpersonal relationships, the act of communicating, that we are able to meet some of our needs, in particular those of recognition, confidence, respect, protection and dignity. It is on these principles that I have tried to support my interventions during my career, always viewing the sick person as a holistic being.

As such, the humanization of care presents itself as a requirement to the health-disease process. From the conviction that the human person and his life have immeasurable value in any situation stems the interest and need to address this issue that is transverse to both internship placements.

In view of the above this report presents nursing interventions directed to the critical patient, both in situations in which the healing project makes no sense, but on the other hand the CARE is absolutely essential, as in the context of palliative care; and when there's an immediate need for recovery or maintenance of vital functions, as in the context of emergency.

The different nature of the two internship placements demanded the use and contribution of some of the literature revision found in *School of Interaction* by Hildegard Peplau and Joyce Travelbee, which served as a guideline to the communication process with the sick person, and *in School of Caring* by Jean Watson and Kristen Swanson, thus vesting my interventions with a sense of underlying humanized care.

In order to illustrate each of the modules, which will be done in a chronological order of achievement, I attempted to use a descriptive methodology that would allow inclusion of reflective and critical aspects of the developed activities, while taking the internship project and portfolio into account.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.*

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pontífice Sousa pela sua sabedoria, apoio, disponibilidade e estímulo que sempre estiveram presentes na orientação do trabalho.

À Professora Marques da Gama pelo seu sentido crítico, pelas suas sugestões e acompanhamento tutorial no estágio de Cuidados Paliativos.

A todos aqueles que são mais que tudo na minha vida, pela sua inestimável compreensão e que desculparam a minha ausência durante este percurso.

Aqueles bons amigos que me acompanharam ao longo de todo o processo, e me apoiaram quando flagelada pelo cansaço.

À Daniela e à Sandra, parceiras em todo o processo académico, agradeço a sua incomensurável paciência, os momentos de descontração e de incentivo, dando-me parte do seu tempo.

À Sónia pela partilha de saber, pela sua disponibilidade para me ouvir, estimulando-me a prosseguir.

Aos colegas do serviço de Unidade de Cirurgia Geral, do Hospital Pulido Valente, um Obrigada pela sua paciência, encorajamento, disponibilidade e colaboração.

Às equipas com as quais tive oportunidade de trabalhar, pela sua receptividade e simpatia e pelo apoio prestado durante os diferentes módulos do estágio.

A TODOS aqui fica registado o meu apreço e gratidão!

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação
AVC – Acidente Vascular Cerebral
DGS – Direção Geral de Saúde
ESAS – Edmonton Symptom Assessment System
HSM – Hospital de Santa Maria
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSL – Revisão Sistemática da Literatura
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SO – Serviço de Observação
SU – Serviço de urgência
UCI – Unidade de Cuidados Intermédios
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
VVS – Via Verde Sépsis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	21
2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES.....	35
2.1 – MÓDULO III: CUIDADOS PALIATIVOS.....	38
2.2 – MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	51
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
4 - BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS	83
ANEXO I	85
Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)	
ANEXO II	89
Certificado de participação no VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética	
ANEXO III.....	93
Declaração de publicação do artigo “Humanização da dor e do sofrimento – Refletir sobre o cuidar em fim de vida”	
ANEXO IV	97
Declaração da formação em serviço (VVS)	
ANEXO V	101
Protocolo da VVS implementado no HSM	
ANEXO VI.....	105
Certificado de participação no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem	
ANEXO VII.....	109
Protocolo de diagnóstico de morte cerebral do HSM	
APÊNDICES.....	113
APÊNDICE I.....	115
Poster “Humanização da dor e do sofrimento”	
APÊNDICE II.....	119
Resumo do Poster “Humanização da dor e do sofrimento”	
APÊNDICE III.....	123
Resumo do Artigo “Humanização da dor e do sofrimento – Refletir sobre o cuidar em fim de vida”	
APÊNDICE IV.....	127
Journal Club “A experiência do cuidar em fim de vida, na perspectiva dos enfermeiros”	
APÊNDICE V.....	137
Sessão de formação “Via Verde Sepsis”/Planificação da sessão	
APÊNDICE VI.....	163
Folha de avaliação da sessão de formação	

APÊNDICE VII.....	167
Resultados da avaliação da sessão de formação	
APÊNDICE VIII.....	171
Resumo do artigo “O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidados”	
APÊNDICE IX.....	175
Poster “O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência”	
APÊNDICE X.....	179
Resumo do poster “O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência”	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Protocolo de Investigação.....	24
Quadro II – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos.....	25
Quadro III - Resultados dos estudos segundo a metodologia PI[C]OS.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Importância da comunicação nos cuidados ao doente em fim de vida--	33
---	----

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a formação em enfermagem já atravessou várias fases, passando por um percurso difícil e complicado, mas progressivamente tem-lhe sido reconhecida uma inquestionável valorização social.

Este reconhecimento ascendente deve-se sobretudo à maior visibilidade da atuação dos profissionais, na sequência da evolução histórica do curso que se processou em três períodos, desde a criação da 1ª escola até à integração no ensino superior; depois o curso nivelado como bacharelato datado de 1990 e, passados 9 anos, o primeiro curso de licenciatura que visa preparar os futuros enfermeiros para dar resposta às exigências da sociedade, através do uso de “técnicas de qualidade superior e conhecimento científico, mas também da mesma qualidade no contacto humano” (KÉROUAC, 1994 *apud* NEVES e PACHECO, 2004, p.27).

Foi com essa viragem, que se veio dar maior ênfase à formação, mas falar de desenvolvimento profissional e especialização só faz sentido para mim num contexto de melhores cuidados de enfermagem e de profissionais de saúde mais satisfeitos. Por isso, o meu discurso terá sempre subjacente o cuidar, dada a necessidade que sinto de refletir e dirigir a minha ação para um sistema mais autêntico e generosamente humano. Para tal, fui buscar subsídios a alguns referenciais teóricos tão importantes e consistentes no desenvolvimento da nossa profissão, como o são *Hildegard Peplau, Jean Watson e Kristen Swanson*.

O conceito Cuidar atribui-se à atenção especial que se dá a uma pessoa que está a vivenciar uma situação particular, e enquadra-se numa perspectiva de apresentar-se à pessoa doente e sua família como um profissional que faz uso das suas competências e qualidades. No fundo, aquilo que deve imperar na nossa prática é o bom senso, pois a sua integração subtil nos cuidados de enfermagem permite-nos construir uma base sólida na construção da identidade da nossa profissão. Esse profissionalismo traduz-se na capacidade “... de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele” (HESBEEN, 2000, p.72).

A pertinência do meu foco de interesse que é transversal aos vários contextos clínicos, justifica-se também pelo artigo 89º da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º111/2009), que nos diz que o enfermeiro sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, bem como, contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Foi nesse sentido, e de forma a dar resposta às minhas necessidades pessoais e formativas, e enfrentar as exigências inerentes à própria profissão, que surgiu o meu interesse e motivação para ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de

especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na realidade chegando a um determinado patamar, penso que sentimos vontade de satisfazer novas necessidades que se impõem face às múltiplas evoluções da sociedade e aos próprios percursos de vida, por isso procurei trilhar um caminho que me proporcionasse a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

A formação, enquanto conceito mais abrangente, não se limita à aquisição passiva de conhecimentos, mas ao emprego ativo daqueles que já possuo, bem como, à aquisição ativa de novos conhecimentos (aprender a aprender) através das experiências vivenciadas na prática (BERBAUM, 1993). É sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber, saber fazer e saber ser, conforme nos descreve CANÁRIO (2000).

Ao cumprir então com o plano de estudos estabelecido pela universidade, através do conhecimento teórico que fora aprofundando, e do contacto com diferentes contextos clínicos, foi possível consolidar conhecimentos, socializar-me profissionalmente e vivenciar novas experiências, que espero descrever e refletir ao longo deste relatório, de forma translúcida e coerente.

Esse período de estágio, reconhecido então como um tempo de observação, oportunidades e construção de novos saberes, encontra-se dividido em 3 módulos: Serviço de Urgência, correspondente ao módulo I; Cuidados Intensivos/Intermédios, correspondente ao módulo II, e o estágio opcional correspondente ao módulo III, que realizei em Cuidados Paliativos.

Devido ao meu percurso profissional foi-me atribuída creditação ao módulo II, uma vez que desde 2005 que exerço funções no Serviço de Unidade de Cirurgia Geral, Hospital Pulido Valente, E.P.E, Centro Hospitalar Lisboa Norte, que para além de internamento dispõe de uma unidade de cuidados intermédios onde se prestam cuidados diferenciados. As competências fundamentais adquiridas ao longo deste percurso profissional estão relacionadas sobretudo com a assistência ao doente cirúrgico, com instabilidade hemodinâmica e a necessitar de cuidados especializados.

Neste relatório pretendo demonstrar a minha capacidade para identificar problemas, estabelecer novas intervenções e prioridades, procurando sempre valorizar os saberes científicos resultantes de uma prática fundamentada e crítica ao assumir um contacto direto e mais próximo da pessoa doente e sua família. Outra preocupação será refletir nas ações realizadas e nas suas implicações éticas e sociais. A partir deste enquadramento surgiram os seguintes objetivos para o presente relatório:

- Caracterizar os serviços onde se desenvolveram as práticas clínicas, nomeadamente a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Mar e o Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria.

Uma vez integrada em cada um destes contextos, procurarei:

- Descrever as principais atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, enfatizando os momentos de maior interesse e riqueza profissional, bem como, destacando as principais competências adquiridas;

- Analisar as principais atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, procurando fundamentá-las com suporte teórico e científico.

Na análise destes contextos, a metodologia utilizada socorre-se de uma estratégia descritiva e reflexiva, tendo por base os projetos de estágio e a construção dos portefólios.

No que concerne à estrutura deste trabalho, do primeiro ponto faz parte uma revisão sistemática da literatura, intitulada “A comunicação enquanto estratégia promotora da humanização dos cuidados ao doente em fim de vida”, que serviu de fio condutor ao percurso desenvolvido em estágio e, que de certa forma espelha a minha preocupação central com o cuidar, que se configura num atendimento mais humanizado ao doente em situação crítica. Com os resultados encontrados, pretendo contribuir para um conhecimento mais profundo e para a distinção da enfermagem, enquanto ciência humana do cuidar.

Num segundo ponto, serão caracterizados os serviços onde decorreram as práticas, justificando a escolha das temáticas abordadas e dos próprios locais, seguindo-se a apresentação dos objetivos e as estratégias utilizadas para a consecução dos mesmos, com vista à obtenção de novas competências. Contempla ainda algumas reflexões sobre as principais atividades desenvolvidas, sintetizando os aspetos mais marcantes e estruturantes da prática clínica. Por fim, a conclusão retrata de forma sumária todo o documento, a análise dos resultados conseguidos face aos objetivos propostos, e os seus principais contributos/implicações na prática clínica.

Nas abordagens que farei referência à pessoa como alvo de cuidados, optei por aplicar o termo doente, qualquer outra designação que possa surgir (utente/cliente/paciente), tem apenas a ver com o facto de não adulterar as citações de alguns autores. Se vislumbramos a enfermagem como uma ciência cujo âmagô é o cuidado humano, faz-me todo o sentido falar da pessoa que num dado momento da sua vida vive um processo de doença, e merece o nosso Cuidar.

Durante a realização dos estágios foram consultadas diversas fontes bibliográficas, que ajudaram na construção e fundamentação das atividades desenvolvidas e do presente relatório, que será redigido segundo o novo acordo ortográfico. Relativamente, às referências bibliográficas são apresentadas de acordo com a Norma Portuguesa 405.

1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A crescente mortalidade que se tem vindo a assistir na Europa pelas doenças crónicas, como o cancro, apela à necessidade urgente de cuidados em fim de vida. O período que antecede a morte de uma pessoa que se confronta com uma doença crónica avançada, progressiva e incurável, é talvez um dos mais importantes da sua vida, sobretudo devido às várias consequências que acarreta para si, família e cuidadores. Além de que, o modo como as pessoas morrem em Portugal também tem sofrido uma expressiva mudança, passando-se a institucionalizar a morte (FERREIRA et al, 2012).

De facto, vivemos numa era onde os avanços tecnológicos e científicos têm permitido a cura de muitas doenças, mas por outro lado vivenciamos as contrariedades que daí advêm no que diz respeito à prática de cuidados despersonalizados e mecanizados, resultantes dessa mesma evolução vertiginosa (PACHECO, 2004).

Foi na década de 60 que Cecily Saunders implementou a forma de cuidar dos doentes que enfrentam uma doença terminal, introduzindo a filosofia dos cuidados paliativos nas instituições, cujo principal objetivo visa o bem-estar e a qualidade de vida do doente, através de uma abordagem global e holística do seu sofrimento, e preservando sempre a sua identidade independentemente da patologia e das dimensões afetadas.

Embora no cuidado ao doente em fim de vida se reconheça terminantemente o controlo sintomático, a nossa atenção deve centrar-se também na comunicação, no fortalecimento das relações interpessoais, e na colaboração com o doente na busca de um sentido da vida, procurando integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, para que os doentes se adaptem à sua condição de forma completa e construtiva (TWYGCROSS, 2003; ABRAHAM et al, 2006).

Inegavelmente, o fim de vida do homem possui um valor inestimável que não é inferior a nenhum outro valor noutra fase da vida humana, reivindicando-se por isso, uma maior humanização do processo de morrer (ESTANQUE, 2011). A humanização dos cuidados requer um processo reflexivo acerca das premissas que orientam a prática profissional de enfermagem, cuja preocupação central é a preservação da dignidade do doente, com respeito pelas suas necessidades, valores éticos e princípios morais, o alívio da dor e do sofrimento, através dos recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis.

No entanto, alguns comportamentos rotinizados e não reflexivos dos profissionais de saúde, o excesso de burocracia e por vezes, a falta de comunicação, constituem algumas das principais barreiras à humanização (PIEIDADE, 2009).

Assim, também se justifica a preocupação crescente dos enfermeiros com o cuidar em fim de vida que, independentemente do estado em que a pessoa se encontra, procuram olhar para ela de forma holística, percebendo que é um ser humano com direito a ser cuidado e que merece a nossa valorização e o nosso cuidar. Esses cuidados assentam em quatro pilares fundamentais, o controlo de sintomas, o apoio à família, o trabalho em equipa e a comunicação adequada, que pretendemos enfatizar ao longo desta revisão, pois é a partir dela que se estabelece uma relação interpessoal, que a teórica JOYCE TRAVELBEE nos descreve no “Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa”, como sendo essencial na assistência à pessoa que vivencia um processo de doença e sofrimento. Neste modelo, o conceito de doente é atribuído ao ser humano individual que necessita de ajuda, de cuidados de outros seres que lhe podem prestar a assistência necessária (*apud* TOMEY E ALLIGOOD, 2004). É sobre esta conceção que pretendemos estruturar as nossas ações, visando aliviar a angústia do doente e ajudá-lo a alcançar um estado de harmonia.

Também a teoria de HILDEGARD PEPLAU (1990), constitui um importante recurso das nossas intervenções, pois o seu foco de atenção, ou seja, a relação interpessoal enfermeiro-doente é intrínseco à própria natureza da enfermagem. Ao contemplar uma visão holística, permite-nos simultaneamente resgatar uma enfermagem humanitária necessária a uma maior interação com os doentes, que na perceção da teórica, se caracteriza pela relação humana entre uma pessoa que está doente ou necessita de cuidados e a enfermeira que ajuda a reconhecer e compreender o seu problema.

Neste processo interativo confluem as variáveis intrínsecas ao próprio doente e à sua situação particular de saúde: as características pessoais e profissionais do enfermeiro, o contexto sociocultural da interação, bem como, a natureza da própria interação (SAPETA e LOPES, 2007). Perante esta descrição emerge o paradigma da transformação que veio afirmar a pessoa como um todo indissociável, maior e diferente que a soma das suas partes, em relação mútua com o meio ambiente e em contínua mudança (KÉROUAC et al, 1994). À luz desta conceção, os cuidados de enfermagem centram-se no bem-estar da pessoa, pelo que o enfermeiro, ao *ser com a pessoa*, coloca ao seu dispor os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde/doença (FRIAS, 2010).

Ao profissional de enfermagem é-lhe ainda exigido o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança contemplada nos dez fatores do cuidar em enfermagem na teoria que Jean WATSON (1988) desenvolveu, e que aqui se destaca pela sua imprescindibilidade na interação com o doente, e no estabelecimento de uma relação harmoniosa, por meio de uma comunicação eficaz (*apud* TOMEY e ALLIGOD, 2004).

A palavra comunicar provem do latim *comunicare* que de acordo com FACHADA (2006, p.12) significa, “pôr em comum, entrar em relação com”. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal. Considera-se importante e necessário perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no

interior de nós próprios, saber identificar as emoções e/ou as reações que as palavras provocam em nós. Neste âmbito, PHANEUF (2005, p.22) refere-nos que "...comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se a relação consigo próprio".

Importa salientar, que na nossa prática profissional, a comunicação é intrínseca ao nosso ser, ao nosso agir e à forma como nos relacionamos com os outros. Nas pessoas com quem cuidamos, a comunicação está omnipresente, quer pelo seu próprio olhar, pela expressão da sua face, pelos seus gestos, e suas palavras, quer até pela forma como ocupa o seu ambiente.

Para atender a cada pessoa, é indispensável a construção de um processo relacional que acompanhe as suas vivências onde a sinceridade, a espontaneidade, a disponibilidade, o respeito, e a aceitação incondicional sejam as pedras basilares no estabelecimento de uma relação de confiança e no alívio do sofrimento (BARBOSA, 2010).

Segundo WATSON (2002) subsistem ainda algumas características estruturantes dessa relação de confiança, nomeadamente a congruência, que implica veracidade nas interações; a empatia que se reflete na sintonia com os sentimentos do doente, e o calor que se refere à aceitação positiva do outro e se expressa pela linguagem corporal aberta, pelo toque, e pelo tom de voz.

A escuta surge-nos como o recurso mais terapêutico que os enfermeiros podem utilizar face à pessoa em sofrimento (GAMEIRO, 1999). Escutar o doente em fase terminal é considerada uma arte subtil e extraordinariamente difícil. Os códigos de comunicação são diferentes, pois ora estamos na presença de um doente que aguarda um sinal na nossa atitude, na nossa forma de expressão, ora estamos perante um doente que estando tão fraco pouco ou nada verbaliza. Nestas circunstâncias resta-nos a comunicação não-verbal através da qual podemos identificar um conjunto de informações preciosas que comprovam a congruência entre o agir e o sentir na relação doente/profissional de saúde, e são demonstrativas do interesse, empatia e valorização do doente (ALVES et al, 2004; ESTANQUE, 2011).

O cuidado de enfermagem deve ser prestado de forma humana e holística e sobre uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado a cada doente. Porém, essas ações só ganham significado quando o cuidado resulta de um processo interativo. É a partir do processo comunicacional que partilhamos vivências, e ao mesmo tempo satisfazemos as nossas necessidades enquanto seres de relação.

Questão de investigação

Na elaboração desta revisão consideramos como principais termos a comunicação, a humanização e o doente hospitalizado em fim de vida, numa associação que resultou na pergunta de investigação "Quais as estratégias comunicacionais promotoras da humanização dos cuidados na interação enfermeiro-pessoa adulta/idosa em fim de vida?". Esta questão prende-se sobretudo com a necessidade de procurar alguma evidência científica, que

fundamente todas as nossas ações quando diariamente nos confrontamos com questões e tomadas de decisão relacionadas com boas práticas no fim de vida.

Deste modo, pretende-se dar resposta a outras questões no que concerne à comunicação em fim de vida: Será que a nossa forma de comunicar é expressão de um cuidado mais humanizado?; Qual o significado atribuído pelo doente à comunicação verbal e não-verbal?; De que forma a comunicação diminui o sofrimento e a angústia do doente em fim de vida? Valorizam os enfermeiros a comunicação interpessoal no contexto de cuidados ao doente em fim de vida?

É a partir das questões elaboradas e procurando conhecimentos que justifiquem e sejam organizadores das nossas ações, que procederemos à apresentação da metodologia e dos resultados encontrados.

Considerações metodológicas

No intuito de nos apropriarmos do conhecimento existente atualmente sobre as estratégias comunicacionais necessárias à expressão de um cuidado mais humanizado ao doente em fim de vida, em contexto hospitalar, realizámos esta RSL. Deste modo, ao integrarmos dados e informações explanadas num conjunto de estudos realizados recentemente, conseguimos identificar elementos essenciais à nossa prática e refletir sobre os mesmos, à luz também de alguns referenciais teóricos.

O principal objetivo desta RSL será identificar as estratégias comunicacionais promotoras da humanização dos cuidados ao doente adulto/idoso em fim de vida, em contexto hospitalar.

Para a pesquisa dos estudos empíricos relevantes tendo por base a questão enunciada, definimos as seguintes palavras-chave como descritores específicos: comunicação; humanização; fim de vida; *communication*; *end of life*; *humanization*.

Quadro I – Protocolo de investigação

P	Participantes	Enfermeiros e outros profissionais de saúde. Doentes em fim de vida hospitalizados.	Palavras-chave: comunicação; humanização; fim de vida; <i>communication</i> ; <i>end of life</i> ; <i>humanization</i> .
I	Intervenções	Estratégias de comunicação verbal e não-verbal.	
C	Comparações	Não se aplica	
O	Outcomes	Estratégias de comunicação na promoção da humanização dos cuidados. Necessidades de formação.	
D	Desenho de estudo	Quantitativo e Qualitativo	

A fim de realizarmos a pesquisa e adquirirmos os artigos/estudos mais adequados à questão de investigação e em conformidade com os objetivos da nossa revisão, foram estabelecidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão evidenciados no Quadro II).

Quadro II – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Doentes adultos/idosos em fim de vida hospitalizados. - Enfermeiros prestadores de cuidados. - Profissionais de saúde a exercer funções em instituições hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doentes hospitalizados em contexto de unidades de cuidados intensivos, e serviços de urgência/emergência, uma vez que se trata de um ambiente de agudos com características muito particulares. - Estudos realizados em <i>Nursing Homes</i>, dado que são estruturas que não existem em Portugal. - Doentes pediátricos. - Perceções exclusivamente de médicos.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Importância da comunicação enquanto expressão de um cuidado mais humanizado, no doente em fim de vida. - Competências comunicacionais dos enfermeiros nos cuidados ao doente em fim de vida. 	
Desenho	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos empíricos, de natureza qualitativa ou quantitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser uma revisão sistemática da literatura, dissertação ou tese.

Ao falarmos de comunicação como uma necessidade intrínseca à nossa existência e às relações, importa entendê-la à luz da interação entre doentes e enfermeiros/cuidadores, motivo pelo qual excluímos estudos em que não houve evidência desta interpelação entre os parceiros de cuidados referidos. Porém, sendo o trabalho em equipa um dos pilares em cuidados paliativos, fez-nos sentido considerar estudos onde para além dos enfermeiros, colaborassem outros profissionais de saúde (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas).

Considerámos ainda pertinente excluir os contextos de cuidados intensivos e urgência, uma vez que se tratam de serviços altamente tecnológicos e com terapias muitas vezes agressivas nessas situações, que levantam algumas questões éticas. Além disso, a capacidade destes doentes comunicarem pode estar comprometida pela necessidade de suporte ventilatório ou até de sedação, o que requeria outra abordagem.

Relativamente ao tipo de estudo, optámos pelas abordagens quantitativas e qualitativas, pois assumem um papel muito relevante na prática clínica ao seguirem um caminho científico, que utiliza os resultados obtidos e articula-os com as teorias já existentes.

Estratégia de pesquisa

As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram: EBSCO, PubMed, CINAHL Cochrane, Medline, Scielo, Lilacs, *Web of Knowledge* e B-On, após termos enquadrado a questão previamente definida em termos de população, intervenções, resultados e desenho do estudo

PI[C]OS. Como fonte complementar realizámos ainda pesquisa manual de revistas na Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa, e utilizamos o motor de busca *Google Scholar*.

Processo de constituição da amostra

O período de pesquisa concretizou-se entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, por um único revisor, a autora, utilizando a língua inglesa e portuguesa. Inicialmente com restrição de data até 2009, no entanto, dadas algumas dificuldades em encontrar artigos que respeitassem os critérios estabelecidos, alargou-se a pesquisa até ao ano de 2006.

Um número significativo de estudos foi excluído, dado tratarem-se sobretudo de estudos realizados em *Nursing Homes*, afastando-se da realidade portuguesa, e também muito frequentes os estudos em unidades de cuidados intensivos. Além disso, um número considerável de estudos dedicados somente à pediatria, sendo o doente adulto ou idoso menos mencionado. Depois, vi-me obrigada a rejeitar estudos cujos principais participantes fossem os médicos, até porque esses estudos surgem muitas vezes associados apenas à comunicação de más notícias e não tanto, à comunicação/relação com a pessoa em fim de vida.

Na seleção dos artigos procurou-se avaliar se os critérios de inclusão e exclusão eram apropriados, a qualidade dos estudos incluídos, se os resultados foram combinados de forma sistemática e se as conclusões foram fundamentadas pelos dados (CRAIG E SMITH, 2004).

Assim sendo, foram considerados todos os estudos que respeitassem os critérios de inclusão. Daí que de um total de 182 artigos, considerámos 19 artigos relevantes para este estudo, após leitura do Abstract e respeitando os respetivos critérios, foram eliminados 10. Com a leitura integral aceitaram-se 9 artigos (fontes primárias), os quais foram identificados pelo(s) autor(es), participantes, intervenções, resultados e desenho do estudo, que apresentamos no Quadro III.

Quadro III – Resultados dos estudos segundo a metodologia PI[C]OS

Autor(es)/ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados (Outcomes)	Tipo de estudo
Clarke, A. & Ross, H. (2006) Reino Unido	24 Enfermeiros (10 trabalham numa unidade de cuidados paliativos (UCP) e 14 num serviço de medicina)	Foram realizados grupos focais com uma amostra intencional de enfermeiros, no período de tempo entre 2003 e 2004. Este estudo teve como objetivo explorar a percepção das enfermeiras e as suas experiências sobre a comunicação com os idosos em fim de vida.	Este artigo relata como principais fatores que influenciam a comunicação dos enfermeiros com pessoas mais velhas no final de vida: - A <i>percepção das enfermeiras e suas experiências</i> : falar e ouvir os idosos sobre o fim de vida. - O <i>desenvolvimento de habilidades e compreensão</i> - “aprender a ouvir”. Referem que a própria experiência, e a colaboração da equipa ajudam a responder sensivelmente às preocupações das pessoas doentes; - O <i>meio ambiente e as questões organizacionais</i> : a falta de tempo e de privacidade apresenta-se como uma barreira a ouvir e falar com os doentes;	Qualitativo (exploratório)

(Continuação)

			<p>- A <i>cultura do cuidado</i>: explorar com os doentes coisas que querem fazer antes de morrer e ajudá-los a planejar. Neste item existem diferenças entre as UCP e os serviços de medicina, onde as prioridades se baseiam nas tarefas e carga de trabalho;</p> <p>- A <i>equipa médica</i>: alguns enfermeiros referiram que a comunicação fica comprometida pelos conflitos com os médicos. Mas isso não se verifica na UCP, onde se partilham objetivos semelhantes;</p> <p>- As <i>famílias</i> dos doentes: embora os médicos muitas vezes conversem com os familiares, em vez de falarem com a pessoa doente, os enfermeiros consideram que as pessoas mais velhas, em virtude da sua idade e das perdas já sofridas, serão capazes de lidar melhor com um diagnóstico terminal.</p> <p>Há ainda a salientar, que os enfermeiros da UCP dispõem de mais tempo para falar com os doentes, contrariamente ao serviço de medicina onde atendem sobretudo às necessidades físicas dos doentes e às tarefas de domínio técnico.</p>	
Liu, Jun-E; Mok, Esther; Wong, Thomas (2006) China	20 Doentes oncológicos selecionados de 2 hospitais em Pequim, e que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Ter mais de 18 anos; • Estarem conscientes do diagnóstico de cancro; • Terem pelo menos duas semanas de internamento; • Que não apresentasse m nenhuma dificuldade em comunicar-se verbalmente. 	Os autores utilizaram a entrevista semiestruturada, a fim de compreender as percepções e experiências dos doentes relativamente à comunicação enquanto atitude expressa do cuidar em enfermagem. Utilizaram a amostragem por conveniência, pelo que integrou doentes com diferentes tipos de cancro. O estudo realizou-se no período de Junho a Agosto de 2002. Os dados foram estudados utilizando a análise de conteúdo.	<p>A partir dos dados obtidos surgiram três temas principais: as atitudes de carinho dos enfermeiros e a sua responsabilidade para prestarem apoio emocional; o conhecimento profissional; as capacidades dos profissionais para fornecer informações e prestar apoio prático.</p> <p>Os doentes com cancro sofrem de stress psicológico, necessitando por isso de apoio emocional, daí a importância dos enfermeiros assumirem uma atitude solidária e de responsabilidade, expressando ações importantes do cuidar: a saudação ativa, uma postura afável, o carinho, a compreensão, o falar de frente e com uma voz suave, e exibir um sorriso, de forma a transmitir-lhes força para lutar.</p> <p>Os doentes mostraram-se muito sensíveis à comunicação não-verbal, reconhecendo que isso influenciava significativamente o seu humor. Depois, os enfermeiros ao serem empáticos permitiram-lhes expressar o seu <i>stress</i> e satisfazerem as suas necessidades psicológicas.</p> <p>Realçaram ainda qua a atitude compassiva dos enfermeiros para com o seu sofrimento, tem um forte impacto sobretudo quando estão mais deprimidos. E identificaram no suporte informativo uma valiosa ajuda para lidar e ajustar-se à sua doença e diminuir os seus sentimentos de impotência. Para estes doentes, o ato de receber informações implica que lhes seja explicada a sua situação atual, lhes sejam fornecidas sugestões, lhes seja explicado previamente cada procedimento e que respondam às suas perguntas de forma clara.</p>	Qualitativo

(Continuação)

			Como resultado do conhecimento profissional dos enfermeiros e da sua proficiência para prestar apoio emocional, informativo e prático, os doentes descobriram que tinham melhores sentimentos, se encontravam menos deprimidos e eram capazes de estabelecer uma relação de confiança com os enfermeiros que cuidavam deles.	
Araújo, M. & Silva, M. (2007) Brasil	39 Doentes oncológicos sem prognóstico de cura, submetidos a quimioterapia paliativa, internados numa instituição hospitalar privada, com idade superior a 18 anos.	Entrevistas semiestruturadas realizadas a 39 doentes oncológicos, entre março e junho de 2005, com o objetivo de conhecer as suas expectativas relativamente à comunicação com a equipa de enfermagem.	Dos discursos dos entrevistados emergiram 4 categorias: a comunicação interpessoal (a companhia, o estar junto) foi considerada um importante atributo nos cuidados ao doente em fim de vida, com relevância dada aos sinais não-verbais do enfermeiro (contacto visual, sorriso) para o estabelecimento de uma relação de confiança. Realçaram a necessidade de uma presença compassiva que conforta e não foca a relação apenas na doença e na morte, e por último, a valorização da comunicação verbal alegre, que privilegia o otimismo, a conversa e o bom humor, como forma de aliviar a tensão num contexto de dor e sofrimento.	Qualitativo (exploratório e descritivo)
Afonso, H. & Lourenço, S. (2011) Portugal	11 Enfermeiros (7 do sexo feminino e 4 do sexo masculino), envolvidos na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, há mais de 1 ano.	Entrevistas semiestruturadas realizadas entre Julho e Agosto de 2008, a fim de analisar as estratégias utilizadas para humanizar o cuidado ao doente terminal.	Os enfermeiros envolvidos na investigação referem como principais estratégias para humanizar o cuidado ao doente em fim de vida a comunicação verbal e não-verbal (a postura, os desvios de olhar, a serenidade ou ansiedade, o humor, o respeito e a atenção), bem como a construção de uma relação empática entre enfermeiro/doente/família, com base no respeito pela dignidade humana, compreensão e valorização da pessoa como um todo.	Qualitativo (exploratório)
Boyd, Denise et al (2011) Estados Unidos	31 enfermeiros oncológicos.	Um questionário composto por 55 itens que inclui perguntas abertas e fechadas, foi aplicado a 31 enfermeiros, com o objetivo de caracterizar as atitudes dos enfermeiros nos últimos três meses de vida dos doentes.	A maioria dos enfermeiros referiu comunicar mais com a família do que com o doente terminal. O estudo mostra-nos ainda que geralmente são os médicos ou os enfermeiros a iniciar a conversa e excepcionalmente o próprio doente. No entanto é ele quem toma a decisão final acerca dos cuidados a receber, e é-lhe reconhecida a importância de ser informado do seu prognóstico. A prática utilizada com maior frequência foi a escuta ativa. A aromaterapia e a imaginação guiada foram as menos usadas.	Quantitativo (descritivo correlacional)
Kroupová, Lenka & Hromová, Miroslava (2011) República Checa	Enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, num serviço de agudos.	Um questionário de questões abertas foi aplicado a 66 enfermeiros no período entre abril e maio de 2010, com o objetivo de perceber qual o nível de entendimento dos enfermeiros relativamente aos princípios da	A pesquisa mostrou que à questão "Têm problemas em comunicar com o doente em fim de vida?" cerca de 9% dos enfermeiros admitiram ter problemas de comunicação com o doente em fim de vida, 27% dizem que provavelmente têm problemas, 30% dos enfermeiros afirmam que provavelmente não têm problemas, e 33% dos enfermeiros não têm quaisquer problemas em comunicar com estes doentes. À questão "Como você se comunica sobre morte e morrer com o doente em fim de vida?", 6% dos enfermeiros não fala sobre	Quantitativo

(Continuação)

		comunicação no doente em fim de vida.	morte e morrer com o doente, 3% dos enfermeiros dizem começar a falar de morte mais cedo do que o doente, o que é impróprio, e 91% dos enfermeiros afirmaram que discutem o tema da morte com o doente somente depois deste iniciar. Nenhum dos entrevistados declarou que lhe iria esconder a verdade ou assegurar-lhe que seu estado é bom. Acerca de não deixar o doente morrer sozinho na fase terminal da doença, 73% dos enfermeiros asseguram ao doente que não morrerá sozinho, 94% dos enfermeiros asseguram que lhes irão aliviar as suas dores e 30% deixam o doente morrer em paz. Referiram como intervenções importantes o apoio emocional e psicológico, e o respeito pelos seus desejos. Os resultados da pesquisa mostraram que 1/3 dos enfermeiros afirmam ter problemas de comunicação com o doente em fim de vida, e não estão sensibilizados para estas práticas, restringindo mesmo as visitas aos familiares destes doentes, quando fora do horário estabelecido pela instituição.	
Araújo, Mónica & Silva, Maria (2012) Brasil	303 Profissionais de Saúde a prestarem cuidados em instituições de saúde, dos quais 107 eram enfermeiros, e 89 técnicos de enfermagem. Os restantes profissionais eram médicos, psicólogos e fisioterapeutas.	Este estudo objetivou verificar a relevância e a utilização de estratégias de comunicação em cuidados paliativos, através da aplicação de questionários. Realizou-se entre Agosto de 2008 e Julho de 2009, a 303 profissionais de saúde, que trabalhavam com doentes em fim de vida, em 4 hospitais. A seleção da amostra foi de modo não-aleatório e por conveniência, e os dados foram submetidos a tratamento estatístico descritivo.	De acordo com este estudo, as estratégias verbais mais utilizadas são: perguntar ao doente se sabe da sua condição/doença, como se sente e mostrar disponibilidade para o ouvir. Relativamente às estratégias não-verbais mais mencionadas foram o toque afetivo (abraço, o beijo na bochecha, a carícia nos cabelos, o aperto de mão firme, o tocar nas mãos, nos braços ou ombros); e o olhar e o sorriso, demonstrando interesse e proximidade física na construção de uma relação empática. Depois, destacaram uma quinta estratégia que conjuga sinais verbais e não-verbais, a escuta ativa, que envolve o uso do silêncio, a emissão consciente de sinais faciais demonstrativos do interesse naquilo que está sendo dito. Integrada nesta estratégia, referiram a aproximação física e a orientação do corpo com o tronco voltado para o doente. Consideraram ainda a utilização de expressões verbais curtas, como: "estou ouvindo"... "continue"... "e então". Por fim, consideraram que é urgente a educação dos profissionais no que tange à utilização de estratégias de comunicação para a interação com o doente em contexto terminal.	Quantitativo (descritivo, exploratório e transversal)
Kozłowska, Lena & Doboszyńska, Anna (2012) Polónia	95 enfermeiros a trabalhar em 5 hospícios na Polónia, com idades entre os 21 e 65 anos, sendo que 21 % têm formação	Foram aplicados 95 questionários, no período entre março e maio de 2011, com o objetivo de verificar quais as estratégias comunicacionais	No estudo realizado verificou-se que 41% dos enfermeiros comunica por meio de sinais não-verbais, sendo as formas mais utilizadas o toque, a expressão facial e o contacto visual. 93% dos enfermeiros consideraram que através da comunicação não-verbal conseguem expressar compaixão (21% segurando a mão do doente; 21% de forma silenciosa fazendo	Quantitativo (estatística descritiva)

(Continuação)

	específica em cuidados paliativos.	mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com o doente em fim de vida. A análise dos dados foi feita segundo o método estatístico descritivo.	companhia; 19% sorrindo para o doente e 9% mantendo o contacto visual). Apenas 23% referiu interagir com o doente através do contacto verbal. A maioria dos enfermeiros enfatizou o segurar a mão como uma forma de expressar as emoções. O sorriso alivia a tensão nos momentos difíceis, facilita o diálogo e deixa os doentes mais satisfeitos. Foi ainda referida a importância da imagem que os enfermeiros exibem, pois os doentes estão despertos para estes aspetos. Por fim, 94% dos enfermeiros reconheceram a importância de adquirir conhecimentos e formação no âmbito da comunicação, que lhes permitam ter competências para lidar com estes doentes.	
Reynke, Lynn F. et al (2012) EUA	717 Enfermeiros em quatro estados dos EUA (a trabalharem em contexto hospitalar ou que já tenham trabalhado por mais de 19 anos)	Análise de entrevistas e questionários, recolhidos entre outubro de 2002 e novembro de 2005. O objetivo do estudo foi conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre conhecimentos de enfermagem importantes, embora subutilizados nos cuidados em fim de vida.	Dos 54 itens desenvolvidos, foram classificados 5 domínios: habilidades comunicacionais; competências técnicas; habilidades afetivas; respeito pelos valores do doente e sistema de cuidados centrado no doente. Os enfermeiros elegem como competências extremamente importantes, mas ainda pouco presentes na prática, as comunicacionais, havendo um forte desconforto em falar sobre a morte. Identificaram a comunicação como o elemento-chave para proporcionar qualidade, reconhecendo a necessidade expressa de programas educacionais. As estratégias referidas com maior impacto foram: falar com o doente de que forma a doença pode afetar a sua vida; dar informações que facilitem a compreensão de todo o processo de doença, falar com honestidade e de forma direta, mostrar-se disponível para falar da proximidade da morte e demonstrar sensibilidade quando os doentes abordam o tema da morte. Além disso, consideram importante fazer o doente sentir que na proximidade da morte não ficará sozinho. Mas para tal, tem de haver uma comunicação efetiva entre a equipa multidisciplinar com vista à qualidade de vida do doente.	Qualitativo e quantitativo

Apresentação, análise e discussão dos resultados

Da revisão da literatura, analisou-se e refletiu-se sobre os artigos selecionados, com base na questão de partida e os objetivos do estudo. Foram analisados 9 artigos, sendo que 4 eram de natureza qualitativa, 4 de natureza quantitativa e 1 que integrava ambos os tipos de estudo.

A comunicação surge-nos como um dos objetivos centrais do cuidar em fim de vida, no intuito de alcançar um atendimento de qualidade e humanizado (WALDROP, 2012). Porém, uma necessidade claramente evidenciada pelos estudos científicos, embora ainda pouco trabalhada

fora das UCP é o treino/educação de atitudes comunicacionais (ALVES et al, 2004; TURNER et al, 2011; ARAÚJO e SILVA, 2012a; BARNES et al, 2012; KOZLOWSKA e DOBOSZYNSKA, 2012; REYNKE et al, 2012). Revela-se extremamente importante sensibilizar os profissionais que lidam com estes doentes para a necessidade de estabelecerem relações autênticas, sinceras, plenas de sentido e calor humano. Não sendo tarefa fácil, implica disponibilidade e atenção, capacidade para interpretar corretamente a mensagem, de forma a conseguir o impacto pretendido (ALVES et al, 2004; BARBOSA, 2010). O treino adequado dessas perícias produz mudanças eficazes e duradoras na atuação do profissional, aumentando a satisfação dos doentes e a sua adesão aos tratamentos (FALLOWFIELD et al 2002, apud BARBOSA e NETO, 2010).

Algumas barreiras apontadas para a ineficácia da comunicação, justificam-se pela falta de experiência, o medo de dizer algo errado, o medo das emoções, sentimentos de culpa por não serem capazes de fazer mais por aquela pessoa, e por vezes, a discordância relativamente a decisões terapêuticas no fim de vida entre o doente e a família (PEEREBOOM e COYLE, 2012). Outros obstáculos relatados são a falta de tempo e relutância em iniciar o assunto devido à hierarquia médica, o pouco conhecimento sobre as questões relacionadas com o fim de vida e a falta de habilidades em comunicar estas questões (CLARKE e ROSS, 2006; BUSHINSKI e CUMMINGS, 2007; BARBOSA e NETO, 2010), bem como a falta de privacidade, motivos pessoais ou até a resistência do próprio doente (MARINHO, 2011; LENHERR et al, 2012).

O estudo desenvolvido por KROUPOVÁ e HROMOVÁ (2011) demonstra que 1/3 dos enfermeiros afirmam ter problemas em comunicar com o doente em fim de vida. KRUIJVER et al (2000 apud STAJDUHAR et al, 2010) refere-nos que alguns chegam mesmo a usar comportamentos de bloqueio ao distanciarem-se e ao evitarem situações percebidas como stressantes, negando a gravidade da doença, e arriscando-se a não conseguir dar resposta às necessidades emocionais, espirituais e informativas do doente e sua família. Tais ações podem impedir o relacionamento entre enfermeiro-doente e produzir efeitos negativos.

Para colmatar essas dificuldades, AFONSO e LOURENÇO (2011), demonstram que a construção de uma *relação empática* com ênfase na comunicação surge como a principal estratégia para humanizar o cuidar em enfermagem. Isso pressupõe um processo interativo e personalizado, que envolve afinidade, compreensão e aceitação entre o enfermeiro e a pessoa doente (MORAIS et al, 2009).

Segundo LIU et al (2006), os enfermeiros ao serem empáticos permitem ao doente expressar o seu *stress* e satisfazer as suas necessidades psicológicas. Este estudo vai mais longe ao atestar o impacto que a atitude compassiva dos enfermeiros tem sobre os doentes mais deprimidos. A preocupação com o ato de comunicar estende-se ainda à informação que é dada, e à escuta cuidadosa que nos assegura da receção da mensagem (ALVES et al, 2004; BUSHINSKI e CUMMINGS, 2007; ARAÚJO e SILVA, 2012a).

Considera-se, portanto, a *escuta ativa* como um dos principais instrumentos de trabalho nos cuidados paliativos, pois através dela identificam-se necessidades nas diversas dimensões de quem vivencia esse processo (MARTINS, 2010; BOYD et al, 2011; ARAÚJO e SILVA, 2012a, 2012b).

Também a *comunicação verbal* alegre, que privilegie o otimismo e o bom humor, é eleita como uma importante estratégia no alívio da tensão num contexto de dor e sofrimento (ARAÚJO e SILVA, 2007; MARTINS, 2010). REINKE et al (2012) no seu estudo salientou a importância de fornecer informações à pessoa em fim de vida que facilitem a compreensão do seu processo de doença, falar com honestidade, de forma direta, demonstrar disponibilidade e sensibilidade.

Outro aspeto ainda valorizado e apontado por CLARKE e ROSS (2006), consiste em explorar com os doentes coisas que desejam fazer antes de morrer e colaborar com eles na concretização dos mesmos.

PEEREBOOM e COYLE (2012) descrevem três níveis de comunicação que os enfermeiros diariamente têm a oportunidade de desenvolver junto do doente: as *interações diárias*, que incluem a conversa, a discussão de questões básicas do tratamento, e a satisfação dos cuidados pessoais. Depois, a *avaliação dos tratamentos* de forma a manter o controlo da dor e do sofrimento, e o último, descrito como *existencial*, que ocorre no sentido mais profundo do próprio doente. Este nível sensível e subtil da comunicação agrega os aspetos existenciais do fim de vida. Os enfermeiros que reúnam estas capacidades serão capazes de incorporar os valores, as crenças e preocupações destes doentes, de forma a colaborar na sua trajetória de doença e na concretização dos seus objetivos, promovendo deste modo uma assistência mais humanizada.

Mas sendo um dos objetivos da comunicação reduzir a incerteza e melhorar os relacionamentos (TWYXCROSS, 2003), para atingi-los interessa-nos também valorizar os aspetos não-verbais da comunicação: a serenidade ou ansiedade (AFONSO e LOURENÇO, 2011), a expressão facial, o contacto ocular, o sorriso, e o toque através do qual se pode minorar a sensação de isolamento (LIU et al, 2006; ARAÚJO e SILVA, 2007, 2012a; MARTINS, 2010; KOZLOWSKA e DOBOSZYNSKA, 2012).

O *silêncio* é outro momento rico da relação e nunca sinónimo de vazio (ALVES et al, 2004). Na maioria das vezes criam-se momentos difíceis de suportar, contudo, nos cuidados ao doente em fim de vida, a comunicação feita através da presença, do silêncio, adquire um significado especial, na medida em que pode assumir o sinal de um verdadeiro acompanhamento, repleto de um profundo respeito para com essa pessoa (PEREIRA, 2010; ARAÚJO e SILVA, 2012a).

Estudos desenvolvidos por LIU et al (2006), ARAÚJO e SILVA (2007, 2012a) enfatizam distintamente o perfil do enfermeiro para proporcionar cuidados de qualidade, responsabilizando-os pela aplicação de conhecimentos e habilidades de comunicação não-verbal, que lhes permitam descodificar as informações essenciais, e desse modo, diminuir a

ansiedade do doente em fim de vida. Com alguma frequência, estes doentes solicitam coisas ou ações difíceis de serem compreendidas, daí o desiderato de estabelecer uma interação interpessoal mediante gestos, posturas, expressão facial, movimentos corporais, entre outras particularidades, que dê resposta às suas necessidades.

STAJDUHAR et al (2010) na sua investigação encontrou quatro elementos-chave reconhecidamente importantes na comunicação com estes doentes, nomeadamente a importância do tempo, demonstrações de carinho, o reconhecimento do medo, e um equilíbrio entre a esperança e a honestidade na prestação de informações.

Indubitavelmente, o uso de estratégias comunicacionais constitui o centro de suporte emocional no cuidar em fim de vida (ARAÚJO e SILVA, 2012b), tal como evidenciamos na figura 1. Aptidões como a escuta, o questionamento, a exploração de sentimentos e o *feedback* são ferramentas necessárias e essenciais para prover conforto emocional e influenciar positivamente o ajuste psicológico do doente à sua nova situação, às perdas e incertezas tão características num contexto de fim de vida.



Figura 1 – Importância da comunicação nos cuidados ao doente em fim de vida

Partilhando da opinião de MORAIS et al (2009), a comunicação surge-nos como um instrumento básico na construção de estratégias que promovam a humanização dos cuidados, e isso pressupõe a utilização de uma linguagem acessível, de um sorriso que expresse confiança, de um olhar que demonstre tranquilidade, de um toque carinhoso que proporcione apoio e conforto, e uma palavra de ânimo capaz de elevar a autoestima do doente.

Conclusão

Ao analisarmos estes artigos, constatamos que todos eles destacam a comunicação como uma necessidade premente em fim de vida. Acreditamos que a dimensão do sofrimento do doente em fase terminal vem demonstrar a precisão de se desenvolver uma assistência científica e humanizada capaz de permitir às instituições e aos profissionais de saúde uma resposta eficiente a estes doentes, pois nos cuidados paliativos “a tecnologia é o tempo e o espaço; e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta” (BARBOSA e NETO, 2010, p.462).

Além disso, sabendo-se que o estabelecimento de uma boa relação com os doentes só se torna possível através de uma comunicação eficaz, convém atender a alguns elementos que possam comprometer essa comunicação, e reter a necessidade de formação específica.

É o enfermeiro quem “permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida...” (SAPETA, 2011, p.24), portanto o investimento na área da comunicação, mais que um desafio revela-se uma exigência atual do nosso processo de cuidar.

Perante o descrito, a comunicação entre as pessoas em fim de vida e os respetivos prestadores de cuidados afigura-se como uma prioridade. Cuidar de pessoas com doença avançada é parte integrante da prática de enfermagem, e requer um determinado nível de envolvimento interpessoal, como tal os enfermeiros são continuamente desafiados a refletir não só sobre as suas experiências com os doentes, mas também nas suas próprias ações, comportamentos, valores e crenças. Este processo reflexivo, sustentado pela evidência científica, ajudar-nos-á a desenvolver capacidades para comunicar com estes doentes e a olhar para eles como seres humanos, permitindo-lhes que se sintam valorizados, ao mesmo tempo que lhes asseguramos um cuidado mais humanizado.

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES

“Nenhum ser humano se pode eximir à atividade de pensar.

Pensar é algo que acontece naturalmente e de pouco vale tentar ensinar o outro como fazê-lo exatamente” (ALARCÃO, 1996, p.45)

Ao falarmos de enfermagem na atualidade estamos a falar de uma disciplina do conhecimento orientada para a prática, de uma profissão, que está em constante evolução dada a reprodução de estudos científicos e da investigação. Como tal, é preciso distanciarmo-nos de esquemas e reações padronizadas para dar lugar a muitas questões antes de agir, olhar para elas de forma crítica e construtiva e aproveitar os momentos de exceção, ou seja, aqueles que passamos junto daqueles com quem cuidamos.

Partilhamos assim da teoria de BENNER (2001), ao atestar que na prática, a diversidade de casos e as exceções escapam àquilo que vem descrito nos manuais, para dar lugar à riqueza de situações, similares ou não, encontradas pela enfermeira experiente.

Portanto, o estágio é visto como um momento de descoberta da realidade das situações de vida, e como “um espaço ímpar, onde trabalho, investigação e formação se devem constituir como vertentes indissociáveis da ação individual e coletiva” (ABREU, 2007, p.56). Neste âmbito, não nos podemos destituir de conhecer o conteúdo e estrutura dos vários tipos de conhecimento. Surge-nos assim o desafio de explorar a relação entre a teoria e a prática, tendo presentes os paradigmas representativos do conhecimento em enfermagem.

SWANSON (1993) salienta que quando dedicamos algum tempo a observar e a refletir sobre as ações de enfermagem, torna-se evidente que essa prática resulta da compreensão e mobilização harmoniosa dos diferentes tipos de conhecimento, numa dada situação clínica.

Sendo a nossa preocupação central uma abordagem integrada e holística da pessoa doente, faz todo o sentido falar do paradigma da transformação. Não nos podemos esquecer que o doente representa um ser humano individual ou coletivo, com necessidades, que estando em constante interação com o meio, pode entrar em desequilíbrio devido à doença ou a outros fatores de vulnerabilidade (MELEIS, 2005). Cabe ao enfermeiro enquanto prestador de cuidados pôr em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado, orientando a pessoa doente e auxiliando-a nas suas situações de vida (HESBEEN, 2001).

Isso pressupõe o desenvolvimento de várias competências que se formam a partir de um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base, e vão-se construindo com a experiência ao longo do tempo.

Segundo BENNER (2001), a enfermeira competente é aquela que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, e se começa a aperceber dos seus atos em termos objetivos. Porém, ao

aprendermos pela experiência e a integrá-la nas nossas tomadas de decisão, conseguimos reconhecer cada situação no seu todo, e a esse estado a autora denominou de proficiente.

Uma vez decorridos 7 anos a exercer funções de enfermeira generalista no serviço de Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Pulido Valente, a vivência de situações reais e complexas, levou-me a questionar as minhas intervenções e a refletir sobre o meu próprio desempenho. Neste sentido, consigo encaixar-me no modelo de Dreyfus que nos afirma que através da experiência e do domínio a competência transforma-se, e essa mudança implica uma melhoria das nossas atuações.

Foi perante o enquadramento do trabalho desenvolvido nessa instituição, que me foi atribuída creditação ao módulo II (Cuidados Intensivos/Cuidados Intermédios), justificada pelo reconhecimento de determinadas competências. Segundo OLIVEIRA (2009), as competências são características permanentes dos indivíduos; manifestam-se aquando da execução de uma tarefa que é concluída com êxito; e que podem ser generalizadas a mais que uma atividade.

Sabendo nós que a competência individual aparece associada ao agir, à mobilização de recursos e integração de vários saberes, ao assumir de responsabilidades, também os conhecimentos e habilidades no nosso contexto de trabalho são dinâmicos, observáveis e tangíveis.

Geralmente, os doentes internados no serviço acima referido provêm da consulta, pois as cirurgias são maioritariamente eletivas, no entanto, podem ser provenientes de outros serviços da mesma instituição, e mais frequentemente do serviço de urgência central do Hospital de Santa Maria, ou até de outros hospitais. Assim sendo, este serviço admite doentes com necessidade de cirurgia, sendo na sua maioria, pessoas com patologia do foro digestivo, associadas sobretudo a neoplasias, nomeadamente do pâncreas, vias biliares, do cólon e gastroduodenais. Para além destas patologias, comporta ainda doentes com necessidade de cirurgia proctológica, ginecológica, bariátrica, à mama, tiroide, entre outras.

Da estrutura física do serviço, faz parte uma Unidade de Cuidados Intermédios, que permite prestar cuidados diferenciados, mais dirigida para os doentes instáveis e no pós-operatório de cirurgias major. A unidade de cuidados intermédios “assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia” (DGS, 2003, p.15). Permite-nos cuidar de doentes instáveis com disfunção orgânica e em risco de falência de funções vitais, onde considero fundamental a minha intervenção na deteção de focos de instabilidade.

Foi sobretudo neste contexto, que penso ter adquirido “competências específicas (...) demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Artigo 3º alínea b) do RCCEE da OE, 2010), procurando sempre promover um ambiente seguro através do conhecimento e aplicação de boas práticas.

A pessoa internada na UCI, geralmente apresenta-se fragilizada, assustada e até mesmo desconfortável física e psicologicamente, primeiro porque vê-se limitada pela presença de drenagens e pelos vários artefactos que a mantêm sobre uma vigilância mais apertada. Depois não nos podemos esquecer do ruído dos alarmes, que muitas vezes são importantes elementos perturbadores da sua necessidade de sono e descanso, e geradores de ansiedade.

Perante os factos descritos, gostaria então de nomear algumas das atividades que considero de maior relevância para o meu desempenho, tendo como suporte normativo o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro (Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro) e os padrões de qualidade que regem a profissão:

- Identificação das necessidades da pessoa doente/família;
- Planeamento das intervenções de acordo com as necessidades identificadas, o diagnóstico estabelecido, e com os recursos disponíveis, estabelecendo prioridades de atuação;
- Avaliação das atividades implementadas e realização de registos precisos;
- Prestação de cuidados complexos e específicos: Ventilação não invasiva; entubação endotraqueal; colaboração na colocação de drenos torácicos/pleurais; traqueostomia;
- Participação em manobras de reanimação cardiopulmonar;
- Transporte de doente crítico a nível inter e intra-hospitalar;
- Aplicação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio da dor;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente/família, através de uma linguagem simples e acessível, atendendo à comunicação não-verbal e respeitando as suas crenças e valores;
- Realização de ensinamentos para a alta (doentes ostomizados, alimentação por jejunostomia);
- Colaboração e supervisão no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como, de enfermeiros em processo de integração, responsabilizando-me também como facilitadora da sua aprendizagem;
- Realização de sessões no âmbito da formação em serviço cujos temas abordados foram o “Carro de Urgência” e a “Anatomofisiologia cardíaca”.

Não restringindo as minhas funções apenas à prestação direta de cuidados, enquanto responsável de turno procuro ainda otimizar o trabalho tendo em conta a disponibilidade e gestão de recursos, adaptando o meu estilo de liderança ao grupo de trabalho presente.

Perante aquilo que foi explanado, a competência é intrínseca à própria educação e formação, surgindo como oportunidade que contribui como pilar regulador do nosso crescimento.

É preciso prepararmo-nos para lidar com problemas cada vez mais complexos, numa área em constante mudança onde as informações são precíguas e cada vez se fala em menos recursos e menos disponibilidade.

2.1 – MÓDULO III: CUIDADOS PALIATIVOS

O módulo III corresponde a um estágio opcional, de modo que a minha escolha pelos Cuidados Paliativos justifica-se sobretudo pela necessidade de conhecer uma realidade onde o cuidar impera claramente sobre o tratar, onde existe “uma combinação em partes iguais de conhecimento, aptidões e compaixão” (BRAGANÇA, 2011, p.16). O meu interesse pelo cuidar em fim de vida há já algum tempo que me perseguia, quer por razões de cariz pessoal, quer pela necessidade de ter formação específica nessa área e com isso concorrer com melhores cuidados na minha prática hospitalar. Foi com esse objetivo que dediquei este meu tempo de estágio à riqueza dos cuidados paliativos, que mais do que aceitarem a morte, garantem ao doente viver a sua própria vida.

A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) atesta que o aumento da longevidade e das doenças crónicas, bem como, da rede de tipologia familiar, fazem com que estes cuidados sejam cada vez mais uma necessidade reconhecida.

Também MARQUES et al (2009) relembra-nos que já em textos médicos do século XVI, eram referidos alguns princípios e práticas que refletiam uma visão paliativa semelhante à que existe na atualidade, e que vieram ser impulsionadores de outros projetos. Na Europa dada a crescente necessidade de cuidados de fim de vida e de uma definição de prioridades para a prática e para a investigação, surgiu o projeto PRISMA (2008-2011), do qual faz parte Portugal, que aposta na formação dos profissionais, com o desejo de melhorar os cuidados perspetivando a condição do doente sempre de forma holística (FERREIRA et al, 2012).

Perante esta problemática, são vários os autores e associações que se têm dedicado a este tema (TWYLCROSS, 2003; APCP, 2006; BARBOSA e NETO, 2010), e para quem os cuidados paliativos são cuidados rigorosos, ativos e totais, que ao combinarem ciência com humanismo, surgem como resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, que visa prevenir o sofrimento e proporcionar o máximo de qualidade de vida possível, quer aos próprios doentes quer às suas famílias.

Todavia, o sucesso destes cuidados depende em grande parte da formação especializada dos profissionais que integram as equipas multidisciplinares. Para cuidar, nós enfermeiros, necessitamos de formação e experiência. Perante tal afirmação destaca-se a exigência constante à enfermagem, que enquanto ciência engloba “cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados na relação interpessoal (...) em que a pessoa é um todo não podendo ser dissociada em partes” (FERREIRA, PONTES, FERREIRA, 2009, p.360).

O Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro), no Artigo 87.º “Do respeito pelo doente terminal” estabelece que o enfermeiro que acompanha o doente nas diferentes etapas da fase terminal assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da

vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

É pela capacidade que o ser humano tem de reconhecer no outro um rosto que merece respeito, independentemente da sua aparência sensível, que atesta a presença de uma dimensão ética “que constitui o círculo não vicioso mas construtivo da humanização” (RENAUD, 2004, p.207).

Na minha realidade profissional, várias são as experiências em que me confronto com a prestação de cuidados a doentes sobretudo do foro oncológico, numa fase mais avançada, para a qual não há resposta curativa. Tais situações e vivências levam-me a refletir sobre aquilo que se pratica no quotidiano hospitalar e aquilo que deveria ser consumado, fundamentando a minha atenção e motivação por esta área. Apesar do notável crescimento dos cuidados paliativos “ainda nos deparamos com grandes assimetrias e défices na acessibilidade e equidade a este tipo de cuidados. A cultura ainda dominante na nossa sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objetivo” (BARROSO, 2010, p.53).

Contrariando estas práticas decididamente fui em busca de estratégias/medidas de promoção da qualidade para o fim de vida da pessoa doente, que evidenciassem a verdadeira filosofia dos cuidados paliativos. Este desiderato legitimou a minha escolha pelo Hospital do Mar como o local eleito para vivenciar novas experiências e desenvolver novas aptidões numa área que ainda tem muito para explorar. Embora não conhecesse este hospital, tinha referências de ser uma instituição reconhecida pelas suas competências e prestação humanizada, com cuidados diferenciados e associados às melhores condições de conforto.

O Hospital do Mar foi inaugurado em 2006, introduzindo no país um conceito inovador de cuidados de saúde, que alia as competências técnicas e humanas às características hoteleiras de qualidade superior. O principal objetivo desta instituição é promover a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida dos seus doentes e familiares.

No que se refere mais especificamente à UCP do Piso 1, onde desenvolvi este estágio, no período compreendido entre 23 de Abril e 23 de Junho, assume características muito particulares. As tipologias de doentes nesta unidade são apenas privados, com patologias permanentes ou terminais, permitindo um maior descanso dos seus cuidadores/familiares. Para além dos doentes oncológicos admitidos para cuidados paliativos, contempla ainda doentes com patologia do foro cardíaco, neurológico (rugas de aneurismas, AVC's), e com síndromes demenciais.

Trata-se de um unidade que integra uma equipa multidisciplinar, que semanalmente, mais especificamente às terças-feiras, se reúne com o objetivo de discutir o caso de cada doente, e de acordo com as suas necessidades traçar um plano terapêutico em cooperação com todos

os profissionais. Nessa mesma reunião, onde tive oportunidade de participar, procede-se à reavaliação das intervenções implementadas na última semana, o que permite uma melhor percepção da evolução clínica do doente. Desta reunião fazem parte o diretor clínico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional e a gestora de clientes. Em tempo parcial e sempre que necessário junta-se a esta equipa um nutricionista e um elemento que presta apoio espiritual, independentemente da religião da pessoa doente.

Relativamente ao método de trabalho vigente é o individual, e não havendo a figura do enfermeiro chefe, existe sempre um responsável de serviço. A maioria dos enfermeiros apresenta formação pós-graduada em cuidados paliativos, e com alguma regularidade realizam formação direcionada para esta área.

Uma vez conhecida a estrutura que me acolhera para a realização deste estágio, e tendo sempre por base os objetivos estabelecidos pela escola (Guia de Estágio, 2012), foram então discutidos com as enfermeiras orientadoras e com a professora tutora os objetivos por mim traçados, e que passarei a descrever, tendo subjacente como tema principal a Humanização dos Cuidados.

♦ ***Prestar cuidados de enfermagem humanizados e especializados ao doente em fim de vida e sua família.***

Vivemos numa época em que a medicina aliada à tecnologia, cada vez mais se esforçam para prolongar a vida e atrasar a morte. Por outro lado, face a terapêuticas caras e desajustadas, verifica-se uma constante preocupação em reconciliar os cuidados técnicos e humanizados pela defesa de uma vida que embora sem possibilidade de cura, merece o respeito pela sua dignidade.

Um dos aspetos que me surpreendeu na chegada à instituição foi a ausência de diagnósticos no quadro da sala de enfermagem. E porquê? Estamos em cuidados paliativos, “a classificação por diagnósticos não reflete habitualmente o objetivo desses mesmos cuidados: não a cura, mas sim (...) uma melhoria na qualidade de vida (BARBOSA e NETO, 2010, p.16). Essa será a finalidade principal dos meus cuidados dar maior relevo ao diálogo, à atenção e ao acompanhamento do doente em fim de vida!

Segundo a OMS (2002), os Cuidados Paliativos consistem numa abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, e das suas famílias através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Perante esta definição, convém clarificar de forma adequada aquilo que quero dizer quando me refiro ao doente terminal e paliativo no decorrer desta reflexão, cujos conceitos por vezes, geram alguma confusão, sobretudo quando se usa a terminologia “doente terminal” e “doente

agônico”. É avocado, de forma consensual, que no âmbito dos cuidados paliativos, doente terminal refere-se à pessoa portadora de doença avançada, incurável e evolutiva, com diversos problemas de saúde associados a um elevado sofrimento, e com uma sobrevida de 3-6 meses. A definição de doente agônico é entendida como aquele que apresenta uma sobrevida de horas ou dias, atestada pela sintomatologia e evidência científica (CAPELAS e NETO, 2010).

Uma vez elucidado o foco dos cuidados, revelou-se indispensável estruturar as minhas intervenções segundo os quatro pilares dos Cuidados Paliativos, tendo bem presente que neste contexto, a abordagem transdisciplinar assume um papel fundamental, pois a subjetividade de cada um e a sua multidimensionalidade exige que todos trabalhem para o mesmo propósito, ou seja “o bem-estar e a qualidade de vida do doente (...) sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objetivo em mente” (BARBOSA e NETO, 2000, p.3).

Neste contexto tão específico conhecer a sua filosofia e consultar alguma literatura relacionada com o doente em fim de vida, mostrou-se uma tarefa exigente mas necessária na definição de estratégias que me permitissem estabelecer um compromisso mútuo com o outro, numa relação de respeito, de ajuda, e de confiança, que se inicia logo no acolhimento.

É reconhecido que a chegada do doente ao serviço é um momento chave, pois é a primeira impressão que tem do local que o vai acolher. Ser recebido por pessoas atenciosas, disponíveis e que disponibilizem “uma informação completa e adequada sobre o funcionamento do serviço e sobre os profissionais que lhe irão prestar cuidados é fundamental para uma boa adaptação do doente” (MARTINS, 2010, p.138). Geralmente, a pessoa que acolhemos vivencia uma multiplicidade de problemas, de carácter físico, psicológico, emocional e espiritual (BARBOSA e NETO, 2010; PEREIRA, 2010), em que a intenção principal passa pelo alívio de sintomas e do sofrimento, tendo sempre presente o respeito inquestionável pela vida humana.

De acordo com NETO (2010), as principais medidas do controle de sintomas baseiam-se em:

- Avaliar antes de tratar;
- Explicar as causas dos sintomas;
- Não esperar que o doente se queixe;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista;
- Monitorizar os sintomas;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- Cuidar dos detalhes;
- Estar disponível.

Pela maior proximidade que temos com os doentes, considero que assumimos um papel fundamental nesta área da monitorização dos sintomas, e consequentemente no sucesso terapêutico. De modo, que passava a relatar uma situação que nos ilustra acerca da importância do nosso papel na qualidade de vida da pessoa doente.

Estávamos num início de tarde quando bati à porta e entrei no quarto de uma doente que se encontrava em repouso no leito. Cumprimentei-a e perguntei-lhe “Como se sente hoje?”. A resposta foi perentória “estou muito pior, tenho muitas dores, e quase não me consigo mexer” [sic]. Compreendendo o desespero da doente, procedi à avaliação da dor e tentei acalmá-la dizendo que ia administrar um medicamento mais forte para as dores (morfina subcutânea em SOS). Aquando da administração da medicação expliquei-lhe que a dor iria atenuar, mas a doente refere que vai morrer, que não aguenta mais. Ao aproximar-me de si agarrou na minha mão, parecia implorar pela minha presença, assim interpretei. Verbalizei que compreendia o que estava a sentir e, que me encontrava ali para a ajudar. A dor que sentia no joelho direito retirara-lhe as forças e roubara-lhe alguma autonomia. Agora já não saía do quarto, não interagia com os outros. Parecendo estar mais calma, decidi levantar-me, mas foi nesse momento que me pediu “não me deixe sozinha” [sic], e agarrou mais firmemente na minha mão. Nesta situação, percebi claramente que precisava de alguém junto dela, que a ouvisse e que a atendesse sempre que precisasse, numa atitude de disponibilidade e empatia. Também estudos desenvolvidos por CARROLL (2001) e COX (2003) vêm comprovar que a presença do enfermeiro surge como uma das principais necessidades dos doentes internados (*apud* MARTINS, 2010).

Mais que a dor física, era evidente a sua necessidade de ser compreendida, por isso reforcei e deixei claro que desde que quisesse estaria disponível para falar com ela (TWYGCROSS, 2003), ao que a doente retorquiu com um “Obrigado” revestido de sinceridade e gratidão.

Não nos podemos esquecer que a dor tem uma forte componente emocional, relacionada com o estado afetivo, experiências passadas e outros fatores culturais e espirituais, e com forte influência no conforto da pessoa. Nestas situações, BARBOSA (2010) remete-nos ainda para um aspeto muito importante, trata-se da facilitação da expressão emocional, que passa pelo encorajamento da expressão de sentimentos, pela atenção a sinais verbais e não-verbais de mal-estar, usar as próprias palavras do doente manifestando que foi compreendido e permitir o silêncio e o choro.

A avaliação regular de sintomas e a sua gravidade constitui um padrão de boas práticas (BARBOSA e NETO, 2010). Existem várias ferramentas, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Anexo I), que não só nesta situação específica mas noutras similares, revelou-se num importante instrumento a aplicar para a monitorização de sintomas, permitindo-nos atuar nas várias dimensões e se necessário encaminhar o mais precocemente possível para outros níveis de diferenciação. O facto de se usar uma escala também ajuda os próprios doentes a terem perceção dos sintomas que não ficam esquecidos por parte dos profissionais, ajudando-os a eles próprios a manifestarem mais facilmente a sensação de que determinado sintoma não está controlado.

Foi partindo destes achados, que em situações semelhantes procurei atender à subjetividade da dor, sabendo que não é apenas determinável por dados objetivos, e que fatores como a

tristeza, o isolamento, e a fadiga diminuem o limiar da dor, exigindo uma maior compreensão da nossa parte (REGATEIRO, 2004; BARBOSA e NETO, 2010).

Foi nesse contexto que Cecily Saunders introduziu o conceito de “Dor Total”, apelando à nossa atenção para a multidimensionalidade da dor e do sofrimento. A Dor surge como “um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do doente; pela moral do doente; pelo significado que a dor assume para o doente” (TWYCORSS, 2003, p.83), e como tal, deve ser avaliada com o doente e não no doente.

Na maioria das vezes, o regime analgésico instituído cumpre com a escada analgésica estabelecida pela OMS, e sempre que a via oral não é possível, a via subcutânea é a de eleição, minimizando assim o desconforto da pessoa doente.

A nível do controlo sintomático cabe também ao enfermeiro, através do uso de medidas não farmacológicas, promover o conforto do doente, e manter alguma ligação com aquilo que era a sua vida diária. Havia uma doente, que embora evidenciasse alguma astenia e anorexia marcada verbalizara o desejo de descer ao piso onde se situava o bar para comer um gelado. Naquele início de tarde este era o seu desejo manifesto, pelo que o seu pedido fora acedido e a doente ficou muito agradada.

Depois outro aspeto importante e referido por LINDQVIST et al (2012) consiste em criar um ambiente agradável, seguro e estético, e isso passa pela satisfação das suas necessidades humanas, como contemplado num dos 10 fatores de cuidar de Jean Watson, e que neste processo de fim de vida, passa por manter uma aparência cuidada, usar o seu perfume, as suas roupas, e por exemplo, permitir ao doente colocar as suas fotografias no quarto.

Também o alívio do sofrimento emocional e espiritual associado à doença, à dor e à proximidade da morte exige atitudes capazes de intensificar a comunicação terapêutica, o que implica uma presença autêntica e interessada, de aceitação e comprometimento, alguma experiência e maturidade (MARTINS, 2010; PAIVA, CARVALHO e MELO, 2012).

Surge-me à memória um doente que comunicava connosco essencialmente pelo olhar, então a sua esposa sempre muito atenta lembrava-nos dos seus gostos musicais. Atendendo a este facto, no início de cada turno tinha o cuidado de colocar ou verificar se o rádio estava sintonizado para emitir música clássica, o seu estilo musical preferido. Segundo SEKI e GALHEIGO (2010), a música enquanto promotora do cuidado, do conforto emocional e espiritual, ajusta-se perfeitamente num contexto do alívio do sofrimento e da humanização do cuidar. Funciona como um estímulo da memória afetiva, relaxamento e criatividade, e nalguns casos, pode até ser usada como recurso de ajuda na despedida de um ente familiar.

Vários estudos demonstram que a música ao atuar sobre o sistema nervoso autónomo, ajuda o doente a abstrair-se da dor, a aliviar o stress e a tensão, a melhorar o humor, (LEOW et al, 2010; SEKI e GALHEIGO, 2010); diminui os níveis de agitação e os doentes conseguem

respirar mais profundamente (HOROWITZ, 2009), diminuindo assim a necessidade de analgésicos.

É evidente que a música age como catalisadora de emoções geralmente profundas, que a meu ver podem suportar a comunicação verbal e não-verbal. Reconhece-se o seu valioso contributo quando as palavras não suprem todas as necessidades dos doentes, possibilitando de certa forma, que a música seja o veículo para recuperar alguns momentos da sua vida, ajudando-o também a aceitar melhor a sua doença e a sua condição.

Dar vida aos dias do doente perante a finitude da vida humana constitui uma prioridade nos cuidados paliativos e justifica a utilização de recursos alternativos. Para além das técnicas já referidas, o toque terapêutico surge como um importante meio de restabelecer a sensação de ligação. Colocar a nossa mão na mão ou no braço do doente pode ser o suficiente para diminuir a sensação de isolamento, embora respeitando sempre os seus valores culturais (TWYLCROSS, 2003). A meu ver, estes gestos expressavam o carinho e o afeto que sentia, ou seja, eram formas de comunicar empatia, compaixão e de dizer ao doente “Estou aqui!”.

Também o próprio humor ajuda a “reduzir o sofrimento infligido por técnicas e procedimentos, confortar, relaxar, aliviar a dor substituindo comprimidos, melhorar o estado de espírito e a compreensão (...) e transmitir interesse pelo Outro” (JOSÉ, 2009, p.42). Porém, considero que seja mais difícil num contexto de fim de vida usar o humor, ou então quando presente surge de forma discreta, dado o envolvimento que exige da nossa parte, opinião também partilhada pela autora.

Mas considerando-se o sofrimento uma experiência pessoal, a sua intensidade difere com as suas próprias vivências e os seus recursos, que o tornam numa realidade complexa e única para quem o experimenta. O reconhecimento da sua complexidade constitui a principal chave para a verdadeira humanização dos cuidados (GAMEIRO, 1999; BARBOSA e NETO, 2010).

Por exemplo, o efeito da música depende muito do valor que assume na vida daquela pessoa, daí considerar de suma importância o respeito pela pessoa doente, no que se refere às atividades que pretende realizar, às suas preferências, aos seus horários, e sempre que possível mostrarmos-nos flexíveis. O facto de estar doente não pode colidir com os seus hábitos de vida. Senão estaremos a potenciar as suas fontes de sofrimento que emergem sobretudo da perda de autonomia, das alterações da própria imagem, da perda de papéis sociais, de sentido da vida, e da redefinição de expectativas e objetivos (BARBOSA e NETO, 2010).

É preciso que o enfermeiro se dissolva da sua identidade meramente técnica e assuma “...uma relação real e uma presença qualitativa sem falhas empáticas, em que um certo fluxo do seu ser possa ser fagocitado pelo doente” (BARBOSA e NETO, 2010, p.588).

O teor desta afirmação transporta-me para uma passagem de turno em que fora transmitido que um doente havia regressado do fim-de-semana muito triste e lábil, cada vez tornava-se mais difícil o regresso ao hospital, pelo que se iria ponderar e discutir em equipa e com a

família a sua alta. Este doente havia-lhe sido diagnosticado há uns meses cancro da próstata e da bexiga já com metastização óssea, com necessidade de várias cirurgias.

Quando entrei no quarto, o doente cumprimentou-me com um “Bom dia” sorridente. À primeira aparência, até me parecera bem-disposto. Perguntei-lhe como se sentia, referindo apenas “estou bem!” [sic]. Talvez no momento não quisesse falar muito do assunto, mas espontaneamente questionei-o acerca do fim-de-semana, do que tinha feito... avivando-lhe dessa forma a memória desses dias, das suas rotinas e da forte ligação com os seus cães. É importante valorizar a memória do passado, para que perceba o sentido da vida, e dessa forma, diminuir o sofrimento de impotência face à doença e combater a perda de identidade (MOREIRA, 2006).

Porém, de forma inesperada vejo lágrimas a correr pelo seu rosto... fiquei em silêncio, percebi que falar disso lhe trazia sofrimento e muita saudade. Mas depois o doente olha para mim e diz “não fique preocupada, são lágrimas de alegria” [sic]. Aqui pensei, certamente deixei transparecer tristeza e preocupação. De facto, torna-se difícil separar o emocional do racional, e aceitar o sofrimento do outro. Além disso, recordara-me da primeira vez que o vi, parecera-me uma pessoa resiliente, habituada a liderar, e agora face à sua fragilidade sentia-me impotente.

Segundo BRAGA et al (2010), o contato através do olhar transmite a mensagem de que não nos importamos apenas com aquilo que o doente diz, mas também com aquilo que ele expressa e está sentindo. A meu ver se há situações em que isso pode trazer algum aconchego ao doente, noutros pode ser revelador da nossa dificuldade em lidar com a doença do outro.

Entretanto, o doente tomou a palavra e disse que há uns tempos não era assim, referindo-se ao choro fácil que era cada vez mais frequente. Falei com ele, dizendo que num processo de doença é normal ficarmos mais vulneráveis e mais frágeis. Perante este diálogo e partilha de sentimentos, percebi que esta pessoa estava muito consciente da sua situação e das suas limitações, mas não era por isso que deixava de traçar os seus objetivos. Falou-me abertamente da sua vida anterior à doença, dos seus projetos a curto prazo. Seriam todos objetivos realistas? Achei que deveria orientá-lo para caminhar um passo de cada vez. A esperança deve ser entendida como algo dinâmico, que corresponde à sua expectativa de atingir determinado objetivo, e isso passa pela valorização do doente, pela presença de relações significativas, pelo alívio da dor e do mal-estar (TWYLCROSS, 2003; BARBOSA e NETO, 2010). De igual modo, a presença ou ausência da esperança é entendida como um fator com considerável importância em toda esta vivência. Devendo, no entanto, ser clarificado que se trata de uma esperança realista, que não se refere à crença na cura ou no milagre, mas sim na manutenção de razões e vontade para viver (HERTH e CUTCLIFFE, 2002).

A esperança assumia aqui um carácter particular dirigindo-se a um fim específico, a realização de um jantar com todos os seus colegas que integravam a equipa que liderava na sua

empresa, e depois planeava uma viagem até à sua casa de férias no Algarve. Segundo BURKHARDT e JACOBSON (2003 apud MARTINS, 2010), o passear numa praia, observar um pôr-do-sol, ou outras experiências desta natureza, podem proporcionar ao doente uma proximidade com o seu Eu espiritual. Muitas pessoas experimentam uma sensação de conexão com o Absoluto, o Eu superior ou até com Deus através da natureza.

Naquele momento parecia mais reavivado, contrariamente aos outros dias, decidira que logo após a higiene queria levantar-se e caminhar. E assim se concretizou, sempre com a minha supervisão dado o seu estado debilitado, mas que acedeu facilmente.

A partir deste dia, senti que estava a estabelecer uma relação de ajuda, que o doente se sentia confortável com os nossos diálogos, com a disponibilidade que tinha para falar consigo enquanto a esposa não chegava. Embora no início desta abordagem talvez tenha sido demasiado invasiva ao questionar sobre o seu fim-de-semana, no final deste “encontro” confirmei que a ajuda na fase terminal não é meramente técnica, impera a necessidade de um conhecimento, mais ou menos profundo do mundo do doente, dos seus valores e dos seus interesses (REGATEIRO, 2004), para ganhar a sua confiança. HESBEEN (2000) considera que os laços de confiança só se concretizam no respeito pela pessoa e dependem sobretudo da conjugação de outros elementos, que permitam ao doente perceber o enfermeiro como um ser que não é hostil nem distante, que tem a palavra, o sorriso, o olhar adequados e personalizados, a simplicidade e a humildade. O autor fala-nos ainda da compaixão como o sentimento que permite ao enfermeiro partilhar o sofrimento do outro, aligeirando dessa forma o fardo que o doente e a sua família carregam.

Constatei também que perante a labilidade emocional do doente é importante deixá-lo ser ele próprio a conduzir a conversa, a gerir os seus silêncios. O silêncio pode significar medo, sofrimento, e até alegria, sentimentos demasiado profundos para traduzir e exprimir por palavras.

Através de uma escuta atenta, fui percebendo que se havia dias em que era perceptível que esta pessoa desejava falar das condicionantes da doença, havia outros em que preferia enfrentar o dia desviando o assunto para temas banais (como falar do tempo, de alguma notícia da TV) ou até contando anedotas, proporcionando-nos momentos de alguma descontração e humor. O mais importante seria respeitar sempre os seus tempos.

Manifestamente, uma das competências básicas passa pela escuta ativa (GAMEIRO, 1999; ALVES et al, 2004; QUERIDO, 2004; BUSHINSKI e CUMMINGS, 2007 BARBOSA e NETO, 2010). Muitas vezes, os doentes terminais necessitam de alguém que lhes olhe nos olhos, se sente junto deles e ouça as suas dúvidas, as suas preocupações, os seus desejos e as suas esperanças. Isso implica que nos mostremos disponíveis para falar e sobretudo para ouvir. Reconhecendo que por vezes torna-se difícil exprimir por palavras o nosso apoio face ao doente terminal, não podemos descurar a linguagem corporal, que passa muito pela nossa expressão, pelo tom de voz, e pela postura que adotamos. Igualmente, também os doentes

revelam muito da sua vivência através das expressões faciais, dos gestos, e até das variações respiratórias.

Daqui se depreende que “Cuidar também é escutar atentamente, partilhar a confiança, estar presente, partilhar o silêncio, ser cúmplice, parar um instante, deixar-se interpelar, atender ao chamamento...” (QUERIDO, 2004, p.28).

Porém, não podemos falar da comunicação enquanto expressão da humanização dos cuidados sem integrar o apoio à família, para que todo o processo seja menos doloroso. A unidade familiar tende a proporcionar proteção, segurança e cuidados essenciais à melhoria do doente. Para podermos inseri-los no processo da melhor forma possível e estabelecer uma relação interpessoal, é importante saber ouvi-los, conhecer as suas necessidades, quais as suas perspetivas e as relações entre si e com o seu mundo social (BARBOSA e NETO, 2010; PEREIRA, 2010, SALES e SILVA, 2011).

No decorrer do estágio tive a oportunidade de contactar com familiares muito presentes e participantes ativos em todo o processo de fim de vida, tendo a preocupação de os manter informados acerca dos cuidados de enfermagem, tal como deliberado no Artigo 84.º alínea a) do Código Deontológico dos Enfermeiros.

Esta responsabilidade transporta-me para a situação de uma doente com um glioma, que sofrera agravamento do seu estado. Encontrando-se mais prostrada, numa fase agónica, ponderou-se o risco/benefício da alimentação e hidratação. Porém, percebendo a angústia do marido que todos os dias ia ao hospital para lhe dar o almoço, validei as suas preocupações e expliquei-lhe a situação alertando-o para o risco de uma aspiração. Assegurei também que caso ficasse mais desperta se tentaria dar um iogurte, e que iríamos manter os bons cuidados à boca, ao que reagiu com serenidade. Foi então comunicado à médica que consentiu que caso fosse importante para o marido a hidratação, poderia colocar-se um soro subcutâneo, pois sabemos o forte impacto emocional que o abandono da alimentação tem nas famílias.

Nesta atmosfera impõe-se “perspetivar o cuidar como um ideal ético e moral da enfermagem, através do qual se procedem a escolhas e se tomam decisões éticas, no sentido de tentar proteger a dignidade das pessoas em sofrimento...” (JOÃO, DIAS e NUNES, 2007, p.20).

É fundamental atender às necessidades globais que a pessoa em fim de vida apresenta e proceder a uma correta avaliação dos sintomas. Face a cada situação específica, cada profissional deve dar o seu contributo, estabelecer um plano de cuidados conjunto, no qual estejam satisfeitos os desejos manifestos pelo doente e família (PEREIRA, 2010).

O apoio à família é considerado “parte integrante dos cuidados paliativos” (TWYLCROSS, 2003, p.54). É deveras importante que também ela se sinta cuidada, envolvida em todo o processo. Lembro-me da esposa de um outro doente, que embora sempre muito presente, disponível e bem documentada acerca da doença, face ao seu agravamento repentino quando se planeava uma ida a casa, teve de abandonar o quarto e ela própria libertar-se de alguma angústia, da

tristeza que se abatia sobre ela naquele momento. Preocupada, acompanhei-a, e sem proferirmos qualquer palavra ela tomou nas minhas mãos, num gesto de agradecimento. Percebi que o silêncio apesar de algumas vezes esquecido ou até evitado "...adequa-se em inúmeras situações. Não dizer nada pode significar tanto" (RABAÇA, 2008, p.37).

Este estágio veio ainda comprovar a importância da voz ativa do doente e família em todo o processo, favorecida também pela realização de Conferências Familiares, que constituem um momento muito rico e de abertura, liderado pela médica responsável do doente, mas com forte participação dos enfermeiros que numa atitude sensível e num ambiente adequado, aferem as suas expectativas e orientam a conduta dos principais cuidadores no acompanhamento do doente em fim de vida (GUARDA, GALVÃO, GONÇALVES, 2006). Nestas ocasiões foi possível estabelecer uma relação empática, onde paira a confiança, demonstrando abertura aos problemas das pessoas, à sua percepção da situação de doença, e captando o impacto que a doença provocara a nível emocional. Durante o internamento, eram pessoas que nos procuravam, que nos abordavam no corredor para desabafar e nos pediam para ir até junto do seu familiar porque isso lhes trazia segurança.

No enquadramento dos cuidados paliativos e embora perante uma equipa muito empenhada, com formação específica e a prestar bons cuidados, suscitara em mim o interesse de trabalhar mais detalhadamente a humanização da dor e do sofrimento. E porquê? Por que é preciso alargar os nossos olhares à multidimensionalidade do doente, é preciso saber acolhê-lo como é, respeitá-lo nas suas decisões, estar disponível para atender às suas necessidades, fazê-lo sentir que é compreendido, que é respeitado, que é PESSOA, com vontades próprias, com expectativas, com ambições, que é um ser social e precisa relacionar-se, no fundo que tem direito à VIDA! Não uma vida que tem de ser mantida a qualquer custo, mas uma vida que lhe assiste e que tem direito.

A pesquisa de artigos que abordam esta temática despertou-me para a grandeza daquilo que é a vida humana, e daquilo que pode ser feito quando parece já não haver nada a fazer. Nesta linha de pensamento, resolvi em colaboração com a Daniela, que se encontrava a realizar estágio na mesma instituição mas no Piso 0, e sob orientação da professora Marques da Gama, elaborar um poster intitulado "Humanização da dor e do sofrimento" (Apêndices I e II). Inicialmente foi realizado no intuito de deixar o nosso contributo na instituição e apelar à sensibilidade dos enfermeiros para esta problemática. Mais tarde surgiu a oportunidade de participarmos no VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética que decorreu na Fundação Calouste Gulbenkian em Lisboa de 18 a 20 de Julho de 2012 (Anexo II), onde ficou bem clara a preocupação além-fronteiras com o doente terminal.

A nossa experiência nesta área veio ainda despertar-nos para o interesse de escrever um artigo sobre a "Humanização da Dor e do Sofrimento - Refletir sobre o cuidar em fim de vida" (Apêndice III), que propusemos para publicação na revista Nursing Portuguesa, e fora com muita satisfação que recebemos a confirmação de que fora aceite (Anexo III).

Sem dúvida que a humanização mediante os cuidados paliativos assume como principal desafio o cuidar do doente com competências humanas, científicas, e relacionais, exigindo-se a sua integração de forma terminante na saúde.

É zelando, promovendo e cuidando do doente em fim de vida, vulnerável pela dor e pelo sofrimento que poderemos ser instrumentos capazes de proporcionarem mais que uma morte humanizada, uma vida digna (PESSINI, 2002).

Mais do que a partilha do conhecimento, este meu curto percurso ficou marcado pelas histórias que escutei, pelas pessoas que conheci, que contribuíram para o meu processo de autoconhecimento, ajudando-me dessa forma a reagir perante situações complexas de doença incurável, e, por vezes inevitáveis, como a desesperança, a revolta e o isolamento.

♦ ***Acompanhar a equipa de enfermagem no contato sistemático com o sofrimento e a morte, em cuidados paliativos.***

Num ambiente onde o conceito *cuidar* é primordial a todas as ações, é de relevar a importância da humanização dos cuidados. Mas para cuidarmos de forma humanizada, implica também cuidar de nós próprios. Ao lidar de perto com a expressão de fortes emoções, com sintomas incapacitantes, com a proximidade da morte, vive-se momentos de muita intensidade. Para tal é preciso fomentar o autocuidado da equipa, para que os seus profissionais prestem cuidados de qualidade, e eles próprios possam tirar partido das pequenas coisas que preenchem o seu dia-a-dia.

A pertinência deste objetivo prende-se, assim, com o facto de as UCP serem locais de elevada exigência emocional onde se assume a finitude do ser humano, e onde lidar com a iminência da morte aumenta a vulnerabilidade da equipa. “A morte é um fenómeno extremamente complexo (...) é-nos simultaneamente próxima e distante” (PACHECO, 2004, p.1) e nunca estamos preparados, pelo que gera em nós sentimentos de medo, ansiedade, angústia. Cabe a nós desenvolver estratégias para ultrapassar algumas barreiras e ajudar o doente e sua família a alcançar a melhor qualidade de vida possível.

Para aliviar o sofrimento dos doentes em fase final de vida, os enfermeiros desenvolvem um processo de acompanhamento específico, integral, dinâmico, sistemático e interativo, que engloba duas fases distintas, embora em simultâneo, uma fase em que identificam e avaliam o sofrimento do doente e outra fase, na qual, procuram ajudá-lo a viver com o menor sofrimento e o maior bem-estar possíveis os últimos dias de vida, ou seja, a morrer de forma serena e digna. No decorrer deste processo, o enfermeiro e o doente envolvem-se numa relação profunda em que a concretização de objetivos comuns, a partilha de emoções, de afetos e de experiências de vida contribui para que ambos se desenvolvam e se transformem, tornando-se seres humanos mais aptos a lidar com o sofrimento e com a morte (MARTINS, 2010).

Todavia, vários estudos (PETERSON et al, 2010; FELÍCIO e RIBEIRO, 2011; PEREIRA, FONSECA e CARVALHO, 2011) demonstram que os profissionais que trabalham em cuidados paliativos estão sujeitos a desenvolver uma sensação de desgaste físico e emocional. A complexidade das situações acompanhadas e vivenciadas coloca-nos em confronto com questões e dilemas éticos. Os enfermeiros ao serem afetados pelo Outro em sofrimento, habitualmente também sofrem em silêncio, quer pelo impacto em termos emocionais quer pelas respostas dos doentes aos cuidados de que são alvo (PEREIRA, 2010).

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais tempo passa junto dos doentes, bem como, aqueles que estabelecem relações de maior proximidade. Logo também estão mais expostos a fatores que podem suscitar alguns medos e preocupações, nomeadamente, assistir um doente a sofrer, a morte de um doente, ouvir um doente falar da sua morte iminente ou falar com ele do assunto (PETERSON et al, 2010; KROUPOVÁ e HROMOVÁ, 2011). Aqui muitas vezes está implícito o medo de dizer algo errado e de nos envolvermos emocionalmente, daí ser importante aproximarmo-nos mas defendermo-nos quando o dar implica repercussões negativas.

Algumas circunstâncias externas, como a falta de tempo e/ou privacidade; motivos pessoais, como confrontar-se com a própria mortalidade; a resistência ou negação dos doentes; e o estado cognitivo desses doentes podem também vir a constituir verdadeiros obstáculos à abordagem da morte (LENHERR et al, 2012).

Na própria equipa, com quem partilhei algumas inquietações, senti algum constrangimento face à morte anunciada, ainda que de forma discreta. Daí surgiu o meu interesse em criar um momento onde assuntos desta natureza pudessem ser discutidos, tendo optado em colaboração com as enfermeiras orientadoras por realizar um “Journal Club” - discussão de artigos científicos (Apêndice IV), como estratégia para promover o autocuidado da equipa e superar fatores inibidores. Esta ocasião revelou-se um importante momento de partilha e riqueza interior, no qual fui capaz de promover a autorreflexão no seio da equipa e o seu desenvolvimento profissional. Os enfermeiros presentes, embora em pequeno número, conseguiram participar com as suas experiências, os seus saberes, e absorver alguns ensinamentos para a sua prática diária. Foi interessante ter na sessão pessoas com diferentes anos de experiência, e constatar que os enfermeiros a trabalhar há menos tempo, já tinham tido formação nesta área, durante a licenciatura, e que perante algumas adversidades têm o à vontade para procurar ajuda nos colegas mais experientes.

Pelo confronto com esta evidência surgiu também a noção de necessidade, em alguns casos, de criar momentos de reflexão entre os vários elementos, que sejam estruturantes na construção de um trabalho em equipa com qualidade. PIEDADE (2009) apela mesmo à necessidade da humanização dos cuidados que deve começar dentro da própria equipa, e construir-se com base no conhecimento, no espírito de cooperação, na coordenação, na confiança, no respeito mútuo, na responsabilidade partilhada e na comunicação.

De facto, acompanhar a deterioração do doente assume-se como uma tarefa difícil para nós enfermeiros, que diariamente nos concentramos em fazer o melhor pelo doente, sentindo, por vezes, isso como uma falha nossa. Temos então de prevenir e lidar com situações de maior stress recorrendo a algumas estratégias úteis e de decompressão psicológica, que se concretizam numa liderança eficaz, na boa comunicação dentro da equipa, reuniões regulares, manter uma atitude positiva e o humor, ter acesso a recursos de apoio adequados, refletir sobre a morte e a vida, ter capacidade para aceitar os erros e competência para corrigi-los, ser capaz de se distanciar e, muito importante, ter tempo para nós mesmos (TWYLCROSS, 2003; BARROS, 2008; BARBOSA e NETO, 2010; CORREIA, 2012; PAIVA, CARVALHO e MELO, 2012).

Incontestavelmente, o enfermeiro aprende, cresce, e amadurece com cada doente que acompanha no sofrimento e no morrer (MARTINS, 2010). Lidar com a fragilidade, a desesperança, e a proximidade da morte é reavivar sentimentos, é colocarmo-nos no lugar do outro e pensar na nossa vulnerabilidade, é confrontarmo-nos com os nossos próprios medos. De certo modo, isso também me absorveu, também me emocionou, entristeceu... no fundo tornou-me mais sensível aos problemas do outro.

2.2 – MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA

O processo de cuidar a pessoa e sua família constitui um importante enfoque para a enfermagem, quer pelas transações dinâmicas de humano-para-humano, quer pelos conhecimentos exigidos, pelo empenho, pelos valores humanos e pelo compromisso do enfermeiro. No fundo “Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (WATSON, 2002, p.55).

No caso específico do serviço de urgência, importa valorizar as suas características intrínsecas, em que tudo é urgente, para que nos possamos integrar nesse ambiente e desenvolver não só as competências cognitivas, comportamentais e técnicas, mas também a capacidade crítica e reflexiva sobre aquilo que observamos e vivenciamos.

De facto “Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente” (ALMINHAS, 2007, p.60).

É partindo deste pressuposto, que nos aproximamos do paradigma da transformação, apelando ao bem-estar de cada pessoa tendo sempre em conta a sua individualidade e a interação com tudo aquilo que a rodeia. Surge, assim, a escola do “*caring*” que perspetiva o cuidado não como um ato mecânico, mas sim humanístico, onde se enquadra a teoria de SWANSON (1991), que define cuidar como uma forma de se relacionar, crescendo com um

outro significativo, com quem de certa forma nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis.

De facto, ainda que o nosso quotidiano na urgência seja marcado pelas perfusões, pelos traçados cardíacos irregulares, por um conjunto de técnicas invasivas, não nos podemos demitir daquilo que é a essência da enfermagem, o cuidar com o outro respeitando os seus valores e as suas vontades.

Neste estágio, que decorreu no período compreendido entre 20 de Setembro e 10 de Novembro de 2012, um dos maiores desafios não seria apenas compreender e auxiliar no tratamento, mas procurar desenvolver uma prática humanizada, na qual eu pudesse refletir continuamente sobre o sentido das ações, reações e atitudes com os doentes.

O local escolhido para a concretização destes propósitos foi o Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte. A preferência por este espaço justifica-se pela minha identificação com a filosofia da instituição, e também, por uma questão de melhor gerir o tempo profissional com o período de estágio. Além disso, revejo neste serviço um potencial de aprendizagem muito vasto, capaz de me proporcionar a aquisição e desenvolvimento de competências numa área onde a enfermagem nos exige um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado, que visem a tomada de decisões adequadas.

Nos cuidados ao doente crítico, o principal objetivo do SU passa por proporcionar cuidados de elevada qualidade a doentes instáveis e alertar para alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Os seus recursos humanos e materiais permitem assegurar diagnósticos rápidos e a estabilização/tratamento das situações de carácter urgente ou emergente. A presença de dois coordenadores em cada turno no SU do HSM, divididos um pelo SO e o outro pelas restantes valências, é determinante para que haja uma boa articulação entre os prestadores de cuidados, uma melhor rentabilização de recursos e a resolução de problemas de forma atempada.

Relativamente à sua estrutura física, dispõe de diferentes postos: salas de triagem; duas salas de reanimação, com capacidade para receberem 3 doentes; o SO constituído por 16 camas, em que cada unidade do doente dispõe de equipamentos de monitorização e se necessário ventilação não invasiva; uma sala de pequena cirurgia, uma sala de aerossóis, salas de tratamentos e gabinetes médicos. Porém as minhas intervenções dirigiram-se maioritariamente para a sala de reanimação, uma vez que se apresenta como um local apelativo, não só pela multiplicidade de situações que aí acontecem, mas também pela diversidade e complexidade das atividades realizadas, permitindo-me concretizar os objetivos estabelecidos e desenvolver competências de enfermeiro especialista, na assistência à pessoa em situação crítica.

Segundo a OE (2011, p.2) “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

A enfermagem de urgência é assim vista como um misto de capacidades e experiências, que nos permitem o contacto com uma realidade complexa, imprevisível e ao mesmo tempo aliciante. Foi a partir deste enunciado que estabeleci os seguintes objetivos a atingir no decorrer do estágio:

♦ ***Prestar cuidados especializados ao doente crítico, em contexto de urgência, mediante a aquisição de competências relacionais, técnicas, e científicas.***

Mesmo num contexto de urgência onde tudo se processa a um ritmo acelerado como resposta à necessidade de cuidados imediatos, para além das habilidades e competências técnicas e científicas é preciso incorporar alguma sensibilidade, no sentido de proporcionar ao doente/família em situação crítica cuidados que assegurem a melhoria da sua condição.

Ao longo desta reflexão, essas competências “deverão ser caracterizadas através de indicadores comportamentais, da forma mais operacional possível, especificando ações específicas...” (OLIVEIRA, 2009, p.56), que demonstrem o meu desempenho no decorrer do estágio.

Nesta área tão específica, conhecer a sua estrutura e dinâmica foi indispensável para poder definir objetivos que fossem exequíveis e delinear estratégias que me permitissem identificar as minhas necessidades formativas, ultrapassar as dificuldades, e estabelecer novas prioridades.

A apreensão inicial inerente ao facto de cuidar da pessoa em situação emergente, surge relacionada sobretudo com a minha inexperiência profissional nesta área, embora tivesse consciente do investimento necessário para colmatar as minhas dificuldades e para me capacitar para uma maior perceção da condição clínica do doente e de antever possíveis complicações.

Tal como referido por ALMINHAS (2007, p.57) “A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado”, exigindo-me novos conhecimentos de fisiopatologia, monitorização e medidas terapêuticas, bem como, a familiarização com os equipamentos.

Sendo a integração um processo individual e flexível, a equipa de enfermagem procurou ter em conta a minha experiência, a minha história de vida, as minhas atitudes e o próprio ritmo de trabalho (FERNANDES et al, 2010), estimulando assim o meu percurso de aprendizagem, e permitindo-me alcançar de forma progressiva “a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Artigo 78.º do REPE).

Embora reconheça o apoio imprescindível de toda a equipa, bem como a disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora e o seu interesse em proporcionar um maior número de experiências possíveis, senti uma clara necessidade de proceder à consulta de normas e protocolos existentes no SU, eleitos como uma das principais bases que sustentam a decisão

das nossas ações, pois neles está explícito qual o procedimento perante determinada situação, bem como, a justificação das intervenções a concretizar (DEODATO, 2008).

Além disso, optei por proceder a uma detalhada pesquisa bibliográfica, cujos conteúdos se revelaram num importante suplemento na prestação de cuidados ao doente crítico, tendo sempre presente que todas estas fontes, bem como a minha própria experiência e a dos outros, contribuem para uma tomada de decisão conscienciosa, responsável e competente, capaz de promover a autonomia profissional.

Na procura pela compreensão da dinâmica do trabalho de enfermagem, confrontei-me com intervenções dependentes do tempo, imprevisíveis e desprovidas de rotina. Há alturas em que tudo acontece ao mesmo tempo, e para “além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida” (PAI e LAUTERT, 2008, p.3).

No primeiro dia tive a oportunidade de observar o funcionamento da triagem, e reconheço a importância deste turno na compreensão do percurso da pessoa doente no SU, e na tomada de decisão do enfermeiro, dado tratar-se de um processo dinâmico e complexo. As decisões são tomadas num ambiente que é sensível ao tempo, com informações limitadas, e na ausência de um diagnóstico médico, o que exige formação especializada da parte do enfermeiro. De acordo com a Triagem de Manchester, a tomada de decisão processa-se em três fases principais: a identificação do problema, a determinação das diferentes alternativas segundo o fluxograma e depois, a seleção do mais adequado, traduzido pela atribuição de uma pulseira, cuja cor corresponde à prioridade no atendimento. Apercebi-me que a dor é um dos sintomas mais referidos e motivo de recorrência à urgência (DOWNEY e ZUN, 2010; GANLEY e GLOSTER, 2011), sendo também usada como chave discriminatória, que determina assim a urgência com que alguém recebe cuidados. Isso só demonstra que aos enfermeiros de triagem é-lhes exigido uma excelente comunicação, competências para avaliar, bem como, o conhecimento dos princípios jurídicos e profissionais que sustentam a prática (GANLEY e GLOSTER, 2011).

Nos turnos seguintes fiquei mais dedicada ao SO, o que também me permitiu contactar com situações de doença aguda e crónica, com a disponibilidade de recursos de exames complementares de diagnóstico, e com as várias especialidades médicas e cirúrgicas. É um trabalho que se faz muito em equipa, com uma boa coordenação entre enfermeiros e médicos. Aqui “o pensar e o agir interdisciplinar significa pensar o cuidado centrado no paciente e não nas categorias profissionais que o atendem” (ALVES, RAMOS e PENNA, 2005, p.328).

Neste serviço prestam-se cuidados diferenciados, como o suporte ventilatório com BIPAP (Bilevel Positive Pressure Airways). As situações mais frequentes com que me deparei foram edema agudo do pulmão, síndrome coronário agudo, crises convulsivas e vítimas de trauma, perante as quais procurei dar uma resposta adequada e eficaz, mantendo uma boa articulação com a equipa médica.

Geralmente, os doentes admitidos em SO são encaminhados para o internamento, podendo também permanecer ali enquanto aguardam chamada para o Bloco Operatório, e nalguns casos, uma vez estabilizados têm alta diretamente deste serviço. Esta descrição justifica alguma dificuldade inicial em gerir os cuidados/prioridades, pois relativamente a cada doente impera a necessidade de fazermos uma breve avaliação para progredir com o plano terapêutico, que muitas vezes passa pela sua transferência para outros serviços, daí que seja indispensável orientar/programar desde logo todos os cuidados que lhe são inerentes. Essa tarefa foi sendo facilitada à medida que de forma quase autónoma conseguia trabalhar com o programa ALERT®, que nos permite ter acesso a uma vasta e detalhada informação do doente, quer referente ao internamento atual quer referente a internamentos anteriores. Conseguimos, desta forma, planear de forma organizada e individualizada o nosso trabalho, tendo sempre presente que “uma avaliação inicial adequada e atenta é a base de todos os cuidados prestados ao doente no Serviço de Urgência” (SHEEHY, 2001, p.125). Relativamente à terapêutica encontra-se disponível na PYXIS®, o que permite um melhor controlo sobre a medicação e diminui a possibilidade de erro.

Foi sobretudo nesta estrutura do SU que me deparei com várias situações em que é imprescindível a colaboração e intervenção de outros grupos profissionais. Surge-me à memória a situação de uma doente idosa que fora admitida em SO com síndrome coronário agudo, e que uma vez estabilizada e controlada a dor, referia insistentemente o desejo de pôr fim à vida por não tolerar mais ser vítima de agressões verbais e até físicas, por parte do filho e da nora com quem coabitava. Aliás, referiu a sua vontade expressa de ser institucionalizada, mas que nunca fora acedida pelos seus familiares. Obviamente que estas situações devem ser referenciadas, foi dado conhecimento à médica responsável, e na iminência de ser transferida para outro serviço, essa informação foi dada à assistente social. Cabe assim ao enfermeiro “Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” (Artigo 83.º alínea b) do REPE). Não podemos ficar indiferentes a estas situações, é nossa obrigação “Salvaguardar os direitos da pessoa idosa” (Artigo 81.º do REPE) e zelar pela sua segurança e qualidade de vida.

Outra preocupação presente em todo o estágio foi o controlo da dor. Nesse âmbito e beneficiando um pouco da minha experiência em paliativos, procurei centrar as minhas intervenções também no alívio de sintomas no doente em fim de vida, e sensibilizar a equipa para a promoção de medidas de conforto.

Convém ressaltar que a minha conduta passou ainda pelo cumprimento e respeito pelas questões ético-legais, assim como, o respeito pelos doentes pertencentes a grupos ou subculturas “...sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (Artigo 81.º, alínea a) do REPE), procurando sempre abordar a diversidade de forma “positiva, não preconceituosa e sensível” (HOWARD, 2011, p.35).

No que diz respeito à sala de reanimação, corresponde a “uma zona vital do SU, já que obriga à existência de equipas de médicos e enfermeiros bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade” (FERREIRA et al, 2008, p.890). Foi neste espaço que realizei a maior parte dos turnos, que me deparei com as situações de maior complexidade e exigência física e psicológica, mas que ao mesmo tempo, tornou todo o meu percurso mais estimulante e mais rico, dadas as suas particularidades.

Durante a minha permanência na sala de reanimação, tive a possibilidade de prestar cuidados a doentes em choque, com patologia cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, tentativas de suicídio e vítimas de queimaduras. Porém, assumo alguma dificuldade inicial em enquadrar-me numa área tão vasta onde me faltavam as coordenadas para poder atuar de forma mais ativa ao nível das diferentes situações. Nesse caso procurei assumir os respetivos cuidados com base no conhecimento científico, alguma experiência, e cumprindo com a aplicação dos algoritmos.

De facto, penso que neste contexto, gradualmente fui abandonando uma postura mais passiva e assumindo um papel mais interventivo perante as situações descritas, conseguindo gerir alguns cuidados/prioridades, embora denotando uma maior insegurança aquando da admissão do doente de trauma, talvez justificada pela falta de prática, pela gravidade e natureza da lesão, e pelo próprio impacto sobre as nossas emoções, dado tratarem-se na sua maioria de jovens. Na abordagem a estes doentes, exerci funções essencialmente na área da mobilização e transferência, cujos conteúdos foram abordados numa aula de carácter mais prático, e que vieram a revelar-se muito profícuos. Nalgumas situações em que participei mais diretamente, foi-me permitido exercer a função de *team leader* na transferência do doente, dando voz de ordem para transferi-lo da maca de transporte do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) para a da sala de reanimação, de forma a manter o doente imobilizado e o alinhamento correto do corpo. Além disso, várias foram as oportunidades que tive de proceder à transferência de um doente recorrendo ao uso da maca pluma (usada aquando da suspeita de diversas fraturas), assegurando assim a sua segurança.

Também, com alguma frequência, pude acompanhar estes doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico. Sem dúvida, que são momentos de algum *stress* e ansiedade, pois na maioria das vezes estes doentes estão instáveis e embora haja suspeita de determinadas lesões, o seu diagnóstico é ainda desconhecido. Nesta fase crítica, o principal objetivo é “... prevenir as complicações que ponham em risco a vida, otimizando ao mesmo tempo o funcionamento de todos os sistemas orgânicos” (OE, 2009, p.29).

No transporte do doente, ressalvo a importância do papel do enfermeiro que está de coordenação, pois trata-se de uma ação de grande responsabilidade, que implica uma boa cooperação entre a equipa e o seu adequado planeamento, tendo sempre em conta a

estabilização do doente e a sua segurança. Além disso, na eventualidade de ocorrer alguma complicação/descompensação teremos de saber agir em condições que não são aquelas a que estamos habituados. Geralmente, procede-se à confirmação prévia de que a área para onde o doente vai ser transportado está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada.

As atividades desenvolvidas não se delimitaram apenas à assistência ao doente crítico. Sendo uma das competências do enfermeiro especialista responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2010), no decurso do estágio, para além da partilha de informação sobre determinados conhecimentos relacionados com a minha prática, tive a oportunidade de realizar uma formação em serviço, intitulada “Via Verde Sepsis” (Apêndice V). A sua pertinência justificou-se pela necessidade de uma identificação precoce da sépsis no SU, uma vez que surge como um dos principais problemas da atualidade e uma preocupação da comunidade científica. Reconhecendo-se que uma intervenção antecipada e adequada, tanto em termos de antibioterapia como de suporte hemodinâmico pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes com sépsis grave e choque séptico, a Direção Geral de Saúde emitiu uma circular normativa, incluindo todos os serviços de urgência nacionais na implementação da VVS.

Segundo a DGS (2010), cerca de 22% dos internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos são devidos a sépsis, e a mortalidade por uma das formas mais graves de sépsis, nomeadamente o choque séptico atinge os 51%. Portanto, a implementação de um protocolo que permita o rápido reconhecimento da sépsis constitui a melhor arma no combate desta problemática. Revela-se fundamental que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde que contactam primeiro com os doentes e que são responsáveis pela triagem, detenham os conhecimentos e competências específicas para melhor identificarem, atuarem e encaminharem as situações detetadas.

Partindo deste pressuposto, procurei através da realização de uma formação (Anexo IV) e de momentos não-estruturados mas oportunos, despertar a atenção da equipa de enfermagem para esta problemática e sensibilizá-la para o cumprimento de boas práticas, uma vez que o protocolo da VVS (Anexo V) já está implementado naquele serviço embora numa fase ainda embrionária. Os enfermeiros aderiram em número significativo à formação, demonstrando-se interessados e participantes ativos no decorrer da sessão, colocando questões pertinentes e com aplicabilidade na prática. O *feedback* transmitido pelos mesmos foi muito positivo, reconhecendo a sua importância no quotidiano do serviço de urgência (Apêndices VI e VII).

Enquanto futura enfermeira especialista, asseguro a proficuidade destes momentos de aprendizagem no desenvolvimento profissional, na construção de uma identidade, despertando-me assim para a necessidade de ter um olhar crítico sobre a prática, e dessa forma, poder contribuir para a excelência dos cuidados e intervir junto dos colegas, enquanto agente formador e facilitador das aprendizagens. A partilha de evidência científica e atual

acerca da temática em questão, bem como, de outros conteúdos relacionados com a prestação de cuidados ao doente crítico (ventilação invasiva, controlo de infeção,...) revelou-se um importante indicador de crescimento pessoal e da equipa, com mudança de algumas práticas quando detetadas situações de não conformidade, como no caso específico da técnica da algaliação.

As situações descritas permitiram-me ainda demonstrar capacidade para trabalhar em equipa, para gerir e articular a minha experiência profissional com o contexto clínico, bem como, espírito de iniciativa, e capacidade para reagir perante situações imprevisíveis e complexas.

Apesar das dúvidas e dificuldades iniciais, que me situavam no Estadio 1 (Iniciada) na teoria de BENNER (2001), consegui adaptar-me à realidade de um serviço de urgência, melhorar a minha metodologia de trabalho, bem como a minha capacidade de organização e gestão dos cuidados de enfermagem, conseguindo de uma forma mais eficaz, rápida e segura intervir e dar resposta às várias solicitações dos elementos da equipa de saúde.

Neste âmbito, cabe-me ainda reconhecer o valioso contributo e disponibilidade daqueles que me orientaram e a quem atribuo o papel de peritos. O perito é aquele que tem “uma enorme experiência, compreende (...) de uma maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global ” (BENNER, 2001, p.58).

De facto, foi junto de uma equipa de enfermagem acolhedora, dinâmica e eficiente, que encontrei algumas ferramentas essenciais para desbravar um caminho difícil e exigente. Sinto que fui capaz de desenvolver competências numa área que se apresenta como “um dos grandes problemas de saúde nas sociedades civilizadas. (...) Nos últimos anos tem havido progressos significativos no tratamento das pessoas vítimas de trauma, muitas com lesões vertebro-medulares, e melhorias significativas tanto nos cuidados pré-hospitalares como nas unidades de saúde. Estes avanços devem-se em parte à evolução da profissão de Enfermagem ...” (OE 2009, p.19).

Inegavelmente, a investigação muito tem contribuído como fonte suplementar de reflexão com vista à ação, gera conhecimento científico e serve de referência para a prática. É importante fundamentar-se nesse conhecimento, “...mas sem rejeitar a intuição, o entendimento com o outro e a reflexão sobre a prática” (BRANDÃO, 2011, p.12). Esta necessidade de mudarmos para cuidarmos melhor, leva-nos a pensar no carácter complexo da tomada de decisão quando estamos perante situações emergentes, onde tudo é vivido a um ritmo demasiado rápido e intenso. Afinal, dos enfermeiros espera-se que sejam capazes de assumir a sua função cuidadora ao mesmo tempo que de forma autónoma ou interdependente tomem as decisões adequadas para as suas intervenções. Contudo, perante situações mais adversas, onde os dados são poucos e o tempo disponível escasso, nem sempre é fácil. Daí se confere que o pensamento crítico nunca foi tão necessário na configuração do profissionalismo em enfermagem como na atualidade.

Sendo esta a minha primeira experiência neste tipo de contexto, revelou-se um desafio constante a prestação de cuidados ao doente crítico, onde para além dos saberes inerentes ao cuidar, foi-me exigida destreza e responsabilidade no manuseamento dos equipamentos, sem no entanto esquecer a responsabilidade ética e deontológica.

♦ ***Desenvolver uma prática humanizada no contato com o doente crítico e sua família, através de estratégias comunicacionais e relacionais adequadas, em direção ao máximo conforto do doente.***

Relativamente a este segundo objetivo, a sua pertinência prende-se com o facto do serviço de urgência ser um local repleto de situações de doença aguda grave, que levanta muitas questões quer aos enfermeiros quer às famílias. O impacto da doença num membro da família afeta todos os outros membros, pelo que a necessidade de recorrer a um SU com o familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes e angustiantes que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos. Perante estas situações é importante desenvolver canais de comunicação adequados às necessidades de todos os intervenientes, e potenciadores da relação terapêutica.

O doente em estado crítico constitui uma situação particular, na qual a comunicação e interação com o meio estão comprometidos, por diversos fatores, sejam eles pela dificuldade ou incapacidade na expressão oral, a incapacidade de exprimir as suas necessidades, pelo seu estado comatoso ou até pela necessidade de ventilação mecânica (SARAIVA e MARTINHO, 2011).

Sem dúvida, que a perda repentina da capacidade de falar acarreta fortes implicações para o doente, para a sua família e até para os profissionais de saúde. A enfermagem constitui o elo de ligação entre todos estes elementos.

São vários os autores que apresentam a enfermagem como um processo de interação, ganhando especial relevo com as teóricas da *Escola da Interação*, nomeadamente com PEPLAU (1990), e foi assumindo posição no âmbito dos cuidados, também com SWANSON (1991, 1998) que enfatiza nos processos de cuidar a componente relacional, e com WATSON (1998) que sugere a relação de cuidar na sua teoria.

Evidenciamos que o trabalho nos serviços de urgência/emergência torna-se desgastante para o enfermeiro diretamente envolvido no cuidado junto ao doente que vive, sobrevive ou morre. Nesse sentido, nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas diversas esferas do cuidado ao ser humano, vai-se estabelecendo uma relação muito próxima, de contato físico intenso e permeado por várias situações e sentimentos.

Isso leva-nos a pensar se essa gama de sentimentos é realmente possível nas situações emergentes onde aparentemente a preocupação dos profissionais está centrada em cuidar dos

súbitos agravamentos que acometem a funcionalidade orgânica da pessoa em situação crítica. Além disso, não nos podemos esquecer que muitas vezes, a recorrência das pessoas à urgência está relacionada com outras necessidades, que GARLET et al (2009), nos descreve como uma aflição, a angústia, o abandono e a miséria, situações que requerem ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira.

Estes motivos transportam-nos para outras inquietações e levam-nos a refletir na proximidade do enfermeiro com a pessoa doente, a quem se reconhece não só o seu direito de informação, mas também, a justificação para a execução de determinados procedimentos, conforme exposto no artigo 84.º do REPE. Segundo PYTEL et al (2009), uns dos aspetos comunicacionais mais valorizados pelo doente no SU são a informação relativa a tudo aquilo que lhe é feito; manifestações de compreensão e compaixão; mantê-lo atualizado sobre o que está a acontecer e ouvir as suas preocupações.

Estes dados só vêm justificar que para prestar um cuidado humanizado, o enfermeiro precisa ser um bom ouvinte e um bom comunicador. Portanto, mais do que falar e informar preocupei-me em expressar um olhar atento, tocando e confortando, para que naquele ambiente desconhecido o doente se sentisse protegido e em segurança (ORÍÁ et al, 2004).

Contudo, neste contexto, uma grande parte dos doentes chega-nos fatigados, ansiosos, com dificuldade em comunicar, e nos casos mais graves ventilados. Em situações desta natureza, preocupei-me sobretudo em abordar a pessoa pelo seu nome e informá-la dos procedimentos a tomar, tentando sempre manter o contato visual. Num estudo desenvolvido por HAPP et al (2011), estas foram as formas de comunicar mais descritas positivamente pelos doentes em estado crítico. Como aspetos negativos referiram o facto de os enfermeiros não dirigirem o olhar para eles, falarem muito rapidamente e não lhes darem oportunidade para responderem. Daí que na minha atuação tenha tido o cuidado de integrar determinadas técnicas, como o toque, a escuta ou até um simples olhar, atribuindo-lhes uma importância fundamental num contexto de situação crítica. Em pessoas vítimas de acidente com suspeita de traumatismo vertebro-medular, que passam horas deitados numa maca e impossibilitadas de se movimentar, ansiosas que lhes retirem o colar cervical e lhes seja confirmada a ausência de lesões, acredito que a nossa presença é essencial para que percebam que estamos ali, que estamos atentos e também ansiamos por resolver o seu problema.

À medida que tomava consciência da importância da comunicação, e uma vez decidida a investir numa área tão essencial ao cuidar, fui à procura de alguma informação recente que preenchesse as minhas necessidades. Entusiasmada com aquilo que ia conhecendo e interiorizando, procedi à elaboração de um artigo de revisão sob orientação da professora Patrícia Pontífice, que se intitulou "O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidados humanizados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência" (Apêndice VIII). Afinal uma das competências do enfermeiro especialista

é também suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento que deve ser partilhado.

Se a enfermagem assume um compromisso forte com o cuidar, cuidar de si, cuidar do outro, cuidar da vida (SALOMÉ, MARTINS, ESPÓSITO, 2009), faz-me todo o sentido que também haja troca de informações e sentimentos entre quem cuida e quem é cuidado. Todavia, o "...cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos..." (WATSON, 2002, p.55), o que me parece acometer simultaneamente algumas dificuldades de cariz individual e profissional.

Habitamo-nos a ver o enfermeiro da urgência como um "herói" dos cuidados, onde se esgotam todas as medidas para salvar vidas e preservá-las. Porém, não nos podemos demitir da necessidade de cuidar de quem cuida, e se a enfermagem é gente que cuida de gente isso só vem comprovar que a prestação de cuidados humanizados obriga à valorização do profissional como ser humano.

A mim sugere-me pensar na exposição a que o enfermeiro da urgência está sujeito, à pressão de reagir rápida e eficazmente, à gestão dos riscos, e à necessidade de gerir a informação, que muitas vezes, passa pela comunicação de más notícias e dar o devido apoio à família. Agrupar todos estes fatores levou-me a refletir não no intuito de encontrar respostas, mas antes de desenvolver ou identificar estratégias que nos possam ajudar a superar estes momentos difíceis, e a abstrair-nos deles no regresso a casa. Na minha opinião é um exercício difícil quando se trata de pessoas, de relações, e quando a nossa principal ambição é reunir esforços com vista ao conforto do doente.

Afinal, ser enfermeiro é acima de tudo preocupar-se com o outro, conseguindo estabelecer uma relação interpessoal com base no respeito pelos valores e cultura do doente e sua família, e assegurando a satisfação das suas necessidades. Nesta perspetiva, cada vez mais se pretende dos enfermeiros um cuidar que contemple a diversidade, a multiculturalidade e a singularidade de cada pessoa, tal como descrito por LEININGER (1998) na Teoria da Transculturalidade.

Neste meio todas as situações são sempre diferentes, havendo a nítida necessidade de me ajustar a cada contexto, pois o encontro com cada "doente toma as características de um acontecimento ímpar" (OSSWALD, 2004, p.373). Embora seja uma área muito tecnicista, onde por momentos a decisão que impera é a recuperação/estabilização do doente, foi reconfortante constatar a preocupação com a família, sobretudo nas situações de maior gravidade. Alguns casos são mesmo difíceis de gerir, a doença crítica ocorre sem aviso, deixando as famílias vulneráveis e indefesas, sem saber o que esperar dos profissionais ou até da resposta do doente aos tratamentos.

Recordo-me de uma doente admitida em SO a quem fora diagnosticado um quadro compatível com choque séptico. Embora apresentando-se já algo prostrada, evidenciava uma clara

preocupação com o seu filho adolescente que até ao momento desconhecia a sua ida à urgência. Tentei tranquilizá-la, aproximando-me dela e sussurrando ao ouvido que logo que possível entraríamos em contacto com ele. Posteriormente, aquando da sua transferência para o SMI (Serviço de Medicina Intensiva), considerei essa informação relevante e transmiti à enfermeira que a recebera, que desde logo se prontificou a manter o filho informado da situação clínica da mãe.

Recordo-me de uma outra situação, desta vez, um jovem vítima de atropelamento, cujas lesões físicas evidentes e a confirmação pela imagiologia, faziam prever um triste desfecho. Na proximidade da sua transferência para o SMI e em discussão com a equipa, considerámos adequado falar primeiramente com a sua companheira, explicando-lhe da instabilidade do seu familiar e “afastando-a” do percurso, evitando naquele momento em que estava sozinha o choque emocional quando confrontada com a gravidade da situação e com aquele aparato de perfusões e monitores.

Assim sendo, no contexto de urgência hospitalar, os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde devem assentar, fundamentalmente, num trabalho de equipa, numa perspectiva de interdisciplinaridade, em que os vários elementos trabalham coordenadamente para um mesmo objetivo, que se operacionaliza na resposta eficiente às necessidades de saúde com qualidade e assegurando a humanização dos cuidados.

Ao conhecer esta realidade, sobretudo enquanto aluna da especialidade de enfermagem, suscitaram-me algumas questões e reflexões, que me levam a reconhecer o investimento e os esforços da equipa nessa direção, embora nem sempre seja possível alcançá-la na sua plenitude.

No nosso quotidiano embora nos cause algum desassossego pensar na vulnerabilidade da vida, temos de ter consciência que a maioria das pessoas que eram admitidas no SU atravessavam um período de transição de saúde/doença aguda, que MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) descrevem como uma transição que é central à condição humana, e com fortes implicações para a prática de enfermagem. SWANSON (1991) na sua teoria de médio alcance também contempla este processo de transição, ao identificar num(a) dos(as) 5 categorias/processos característicos ao cuidar, o *Possibilitar* que nos remete para a facilitação dessa passagem do outro pelas transições e eventos desconhecidos da vida.

Relato uma situação que reflete bem este período de transição, nomeadamente, quando uma ida à urgência se concretiza no internamento em SO. Nestes casos, algo que desde o início me gerava alguns constrangimentos era a facilidade com que “despersonalizamos” a pessoa a quem lhe fora atribuída a condição de doente, cumprindo com procedimentos rígidos e padronizados, sem pensar na identidade que reveste aquela pessoa. Rapidamente é convidada a retirar tudo o que seja objeto pessoal, inclusive a roupa que protege o seu corpo. Embora seja uma necessidade, até porque desconhecemos o evoluir da situação, não nos podemos desvincular do respeito pelo Outro, do qual o ser humano é digno, e que “pressupõe

neste contexto «um dar sentido» a cuidados que necessariamente invadem a intimidade da pessoa (a observação, o toque, o banho, ...), não os exteriorizando como meras tarefas a cumprir, externas a um contexto, a uma história de vida ...” (SILVA, 2007, p.220).

Aliando estes factos aos condicionalismos do SU e, porventura, à necessidade de rapidez de atuação, facilmente compreendo algumas dificuldades. Porém, o mérito está em saber contorná-las, encontrando estratégias que apesar das adversidades inerentes à estrutura de uma urgência, efetivem e garantam a sua privacidade ou, de uma forma talvez mais realista, minimizem a sua invasão, quer através do uso das cortinas, quer evitando que nestes momentos estejam junto da pessoa mais do que o número de profissionais necessários à observação e/ou implementação de medidas terapêuticas, ou até mesmo evitar falar num tom de voz, que permita aos outros doentes o acesso a informações referentes à sua situação.

Todas estas intervenções pressupõem uma postura ética que sobressaia a importância e responsabilidade do nosso papel na atenção e respeito pela privacidade da pessoa, conforme contemplado no artigo 86.º (REPE).

De facto, “Quem trabalha no serviço de urgência sabe e sente como a transição súbita da saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada” (ALMINHAS, 2007, p.59), pois a vida da pessoa muda completamente, pelo menos, por algum tempo!

Presenciar e vivenciar situações desta natureza diariamente, certamente também coloca os enfermeiros numa situação de maior fragilidade. Pois estamos a falar do contacto quase permanente com a dor, com o sofrimento, a angústia, o desespero, a impotência face à falta de respostas, e nalgumas situações com a perda e a morte.

No fundo, aquilo que se pretende com a nossa intervenção é oferecer segurança, um atendimento rápido e eficaz, suportando-nos dos recursos tecnológicos existentes, para além do apoio emocional ao doente e sua família.

Reconheço que me foram particularmente difíceis algumas situações, alguns olhares de medo, de angústia, mas foi também perante estas situações que me fui tornando mais sensível à componente relacional, preocupando-me em assumir uma postura empática, de disponibilidade para atender o outro e privilegiando a escuta ativa. Interessante é sentir que no diálogo com os familiares, ainda que muitas vezes submergisse a angústia e o desalento, era possível deixá-los mais tranquilos apenas com a nossa presença. Recordo-me de uma situação em particular em que a familiar de um doente face à consciente ameaça de perda conseguiu encontrar algum conforto na troca de palavras que mantivera comigo, reagindo com palavras de agradecimento.

À semelhança deste caso, embora em circunstâncias diferentes, uma outra experiência marcou o meu percurso. Fora admitido na sala de reanimação um doente de 40 anos que sofrera um AVC hemorrágico e a quem lhe foram feitas provas de morte cerebral. Perante a confirmação, reconheço o papel fundamental da médica e da equipa de enfermagem (onde me

incluo) no acompanhamento à esposa e filhos, reforçando a ideia da irreversibilidade do problema, mas dando-lhes tempo e espaço para poderem digerir toda a informação, de modo, a que fosse um processo gradual e menos penoso. É desconcertante a vivência deste tipo de experiências, e porquê? Ao refletir sobre estes casos não me remeto apenas ao doente, atendo à sua situação familiar, ao meio que o rodeia.

Estes momentos são particularmente sensíveis e desgastantes, confrontamo-nos pela primeira vez com uma pessoa com doença grave e com uma família que a acompanha, mas que não há qualquer conhecimento prévio, desconhecemos os seus laços, as suas expectativas, os seus interesses, o que torna este processo mais difícil. Existiram situações em que chegava a ser desconfortável lidar com o próprio silêncio, ultrapassar as barreiras da comunicação. Sentia alguns constrangimentos na abordagem à família, receando estar a invadir um espaço que ainda não havia conquistado, perante a rápida evolução do caso. Mas isso era possível ultrapassar-se com o reconhecimento da sua parte de que tudo fora feito. Depois, acolhê-los no sofrimento, permitir-lhes estar junto do seu familiar, num ambiente tranquilo e protegido por um simples biombo que lhes proporcionava alguma privacidade, parecia deixá-los mais confortados.

De facto, são situações desta natureza que nos fazem pensar nas nossas ações, na nossa postura, e encarar cada momento como único, tentando encontrar significado nas pequenas coisas que constroem o nosso quotidiano numa urgência hospitalar, onde mesmo debaixo de ruídos emitidos ora pelos alarmes dos monitores, ora pelos alarmes dos ventiladores, não deixamos de estar atentos à pessoa que necessita de cuidados, na sua globalidade.

Perante esta diversidade de fatores que circunscrevem o SU, suscitara em mim o interesse de trabalhar também o conforto como uma forma de humanizar os cuidados. E porquê? Por que é preciso alargar os nossos olhares à multidimensionalidade do doente, é preciso entender que este está a atravessar um processo de transição que o torna mais vulnerável, lhe traz sofrimento, e por vezes, até a dependência de outros. Assim sendo, impera a necessidade de um cuidado confortador “alicerçado no aumento do conhecimento e sentido de reconhecimento do cliente, na diminuição da imprevisibilidade das respostas e recursos, e na diminuição das agressões pelo que o rodeia” (OLIVEIRA, 2006, p.9).

Na minha perspetiva, este é um aspeto que merece ser valorizado, pois tal como se tem vindo a referir quando estamos tão envolvidos e preocupados, por vezes é difícil desfocarmo-nos de um problema para analisá-lo e integrá-lo na totalidade da pessoa. A experiência, a análise e leitura de alguns artigos que abordam esta temática despertou-me para a grandeza daquilo que é a vida humana, das suas fragilidades e daquilo que pode ser feito mesmo nas situações de maior complexidade.

Foi no sentido de apelar à sua importância que elaborei um poster subordinado ao tema “O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de

urgência/emergência” (Apêndices IX e X), apresentado no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem que decorreu nos dias 9 e 10 de Novembro, em Coimbra (Anexo VI).

O conforto aparece como conceito relevante em várias teorias, nomeadamente com KOLCABA (1994), que descreve o conforto como uma experiência imediata e holística, consolidada pela satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Também MELEIS (2005) veio afirmar que numa situação de transição de saúde/doença, o enfermeiro ao interagir com a pessoa doente promove a sua saúde, o seu conforto e bem-estar, contribuindo para a sua recuperação.

Ainda que numa fase inicial, estivesse mais centrada nos conhecimentos técnico-científicos, na variedade de equipamentos com o objetivo de salvar vidas e em absorver ao máximo cada dia, rapidamente me apercebi que “prestar atenção a um doente grave, significa mais do que estar disponível para ouvir alarmes e vigiar monitores” (ALMINHAS, 2007, p.60). Na realidade, embora saibamos da eficácia da técnica e de todas as medidas terapêuticas que fazem parte deste quotidiano, pois constituem um aspeto fulcral das nossas intervenções, precisamos não esquecer das particularidades de cada pessoa. Ser enfermeiro é olhar para a pessoa em toda a sua dimensão e vulnerabilidade.

A meu ver, por vezes, a nossa maior dificuldade reside no respeito pela vida, ou seja, não só defendê-la com o progresso dos nossos conhecimentos, mas conseguir aceitar que a morte por vezes é inevitável. Neste sentido, relato uma situação ocorrida no estágio, que me trouxe algumas inquietações, sentimentos, assim como, o levantamento de algumas questões. Foi numa tarde em que recebemos na sala de reanimação uma senhora que sofrera um AVC hemorrágico, com conseqüente morte cerebral. A partir daqui sou invadida por uma série de dúvidas, sensações, difíceis de racionalizar no momento. Primeiro porque a senhora viera acompanhada dos seus familiares, que rapidamente tiveram acesso à informação de tal desfecho através da médica. O que fazer neste tipo de situações? Estávamos perante uma família em choque, que até há poucas horas atrás conheceram uma pessoa saudável, e agora o confronto com a sua morte tão repentina. A meu ver a nossa atitude fora a mais adequada, permitir a presença da família junto da doente, dar-lhes espaço para ficarem sozinhos, para se despedirem... até porque “a visualização do corpo é um momento de enorme importância para o processo de luto das pessoas que têm laços de maior intimidade” (SILVA, 2007, p.51).

Porém uma vez confirmado que a senhora não sofria de nenhuma patologia, começou-se a programar as respetivas provas para a confirmação do potencial dador (Anexo VII). Confesso que a frieza da médica e a decisão imediata de falar com a família acerca desta situação me causou alguns arrepios. Embora a possibilidade de dar vida a outras vidas seja um ato de benevolência, face à proximidade dos acontecimentos torna-se difícil aceitar toda a situação. É necessário ter em conta que a morte de alguém vai ter um grande impacto na vida de outras pessoas e não pode ser desvalorizada dadas as suas implicações.

A morte na urgência caracteriza-se, assim, por um fenómeno singular no qual estão envolvidos vários atores: a pessoa que morre e sua família/pessoas significativas; o enfermeiro que cuida; os restantes profissionais de saúde, e o próprio ambiente, no seu sentido mais lato (SILVA, 2006, p.47).

Todos nós sabemos que a morte é inexorável, mas pensamos nela numa realidade longínqua, sem data marcada, e perspetivamo-la como algo que só acontece aos outros. Pensar nela aterroriza-nos, gera-nos angústia, ansiedade e medo. Mas neste caso específico, a missão agora era outra. Perante a impossibilidade de sobreviver sem suporte intensivo, era preciso deslocar as nossas intervenções para a manutenção daquela pessoa nas condições ideais para se proceder à colheita de órgãos para transplante.

É da responsabilidade da equipa de enfermagem reconhecer, detetar e identificar o potencial doador em morte encefálica, além de manter a vigilância hemodinâmica. As intervenções de enfermagem a um corpo de um possível doador em morte cerebral devem ser prestadas com dignidade e respeito, independentemente dos procedimentos a serem seguidos.

Ao processo de doação de órgãos subjazem questões que envolvem a moral humana, nomeadamente o cuidar do doente em morte cerebral, considerando-o clinicamente morto, porém, com características de uma pessoa com vida. Desta forma, a relação profissional com o doador faz suscitar o significado da pessoa humana que, por sua vez, é o objeto principal da bioética. Lidar diariamente com esta realidade entendo que não seja tarefa fácil, parece uma contradição transformar a morte em vida.

Devo partilhar que tive a oportunidade de acompanhar o processo de doação de órgãos, e parece que se vive numa ambivalência de sentimentos. Por um lado, a morte significa fim e perda, despertando sentimentos de tristeza mas, por outro, pode representar a possibilidade de vida em função da doação. De facto, primeiro a sensação que tive é que desistimos daquela vida, mas que vida? Por outro lado, o contentamento de saber que um dos órgãos colhidos vai dar vida a uma nova vida.

Sabemos que com a evolução científica a qualidade de vida do ser humano tem alcançado grandes conquistas, mas em contrapartida parece tratar-se a pessoa humana como um objeto. O doador de órgãos é visto como um meio e não um fim em si mesmo; e o profissional atribui-lhe importância pelo fato de congregar órgãos e tecidos que sendo viáveis podem ser utilizados por outras pessoas. O profissional cuida de uma “pessoa” que possui funções fisiológicas que são preservadas vivas e os familiares geralmente conferem ao morto o *status* de vivo, que dificulta compreender o doador como um cadáver (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2009).

Para superar estas dificuldades, o profissional deve-se posicionar-se de maneira sensível e clara, oferecendo a doação como uma opção e uma possibilidade de proporcionar esperança e expectativa de vida para outra pessoa que não sabe como será seu próximo dia.

No final de todo o processo, penso que falta-nos sempre uma resposta, se a transplantação teve sucesso. Parece assim, que nestas situações lidamos apenas com a morte, desconhecendo as repercussões do ato de doação.

O que temos de ter sempre presente é que o objeto da enfermagem é a pessoa e é centrado nela, e nos seus processos de saúde e doença ao longo do ciclo vital onde o enfermeiro deve ser voz ativa na consciencialização social da importância da doação e transplantação de órgãos e tecidos (BARROS, COSTA, AMARAL, 2012).

Partindo deste pressuposto, “A imprevisibilidade da vida obriga-nos a ser cidadãos informados e solidários” (ASST, 2009). A lei portuguesa, no que se refere à doação de órgãos, pressupõe que todos sejamos dadores e que quem não o quiser ser se deverá inscrever no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), disponível nos centros de saúde.

Talvez numa primeira abordagem, me fosse difícil num contexto tão vasto e complexo conseguir ter um olhar amplo sobre o problema, o doente e o seu ambiente. Eu própria me estava a adaptar àquela dinâmica, portanto, ainda que nem sempre as coisas corresse da forma como exatamente gostaria ou havia planeado, tentava encarar isso não como derrotas, mas como uma motivação para fazer mais e melhor. Como nos diz LOPES (1998 *apud* ALMINHAS, 2007, p.58), devemos procurar “Vivências que nos façam olhar diferentemente a nossa vida, os outros, o mundo; são estes «nossos olhares» que podem determinar mudanças”.

Sob a mesma perspetiva, BENNER (2001, p.35), elucida-nos que é através do contacto com os doentes e os familiares, que os enfermeiros adquirem “um leque de respostas, de significados e de comportamentos” que os ajudam a enfrentar as situações mais extremas.

No fundo, as palavras acima transcritas traduzem bem aquilo que é umas das principais finalidades desde processo formativo, que passa essencialmente, por através da reflexão na ação absorver os melhores contributos que nos possam ser úteis no futuro e partilhá-los com aqueles com quem trabalhamos, com quem experienciamos, e sobretudo com quem também aprendemos num processo de reciprocidade.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não é a prática que ensina, é a reflexão sobre a prática”

(Zeichner, 1993)

Ao constatar que vivemos numa sociedade cada vez mais exigente, mais informada, onde a procura de respostas é quase uma constante, e os conhecimentos são permanentemente postos à prova, senti necessidade de reavaliar eu própria as minhas necessidades, os valores que se vão fragmentando ao longo do tempo, de forma a conquistar melhores cuidados, com mais rigor e qualidade, e inevitavelmente com respeito pela singularidade de cada pessoa. A minha entrada na especialidade surgiu então como uma excelente oportunidade para melhor compreender o ser humano e o processo de cuidado.

Nesta fase de concretização do relatório, traduzir por palavras de forma sucinta aquilo que vivenciei num percurso que se iniciou com o estágio de cuidados paliativos e terminou no serviço de urgência, assume-se uma tarefa difícil. À primeira vista estes contextos pouco parecem ter em comum, falamos de ritmos, de prioridades, de objetivos, de dinâmicas, de filosofias diferentes, porém quando olhamos para o âmago das nossas intervenções, a linha que separa estas realidades torna-se mais tênue, e a sua aproximação ocorre quando acolhemos o doente na sua multidimensionalidade.

Integrar-me nestes contextos, conhecer as suas práticas e contactar com pessoas em situação crítica, permitiu-me o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais. Mas foi a partir da análise das experiências vividas, procurando ter um olhar crítico sobre cada situação em particular, que consegui construir um percurso mais consistente, tomar decisões mais adequadas com base na intuição, no conhecimento, sem me afastar do cuidado holístico, sem me esquecer de olhar para o doente de forma sistémica.

Neste processo reconheço o precioso contributo da elaboração de um portefólio para cada um dos estágios, assemelhando-se a um diário de bordo, que se revelou numa importante estratégia pedagógica na autorregulação da aprendizagem, através de um processo dinâmico e aberto que se socorreu dos aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e contextuais, e que serviu de alicerce aos vários saberes. Deste modo, permitiu-me mobilizar um saber tácito num saber questionável, estimulando as minhas capacidades de pesquisa e favorecendo o planeamento e organização das minhas ações.

Analisando cada campo de estágio em específico, considero que a minha trajetória pelos cuidados paliativos veio proporcionar-me num novo olhar sobre o que é o verdadeiro Cuidar. Fui interiorizando que o mais importante é atender às necessidades, preocupações e desejos manifestos pelo doente, daí que o abandono de cuidados rotinizados se revele tão importante.

Porém, o processo de acompanhamento nesta unidade nem sempre se revelou concordante com as minhas expectativas iniciais. Quer pela natureza dos cuidados, quer por uma série de condicionalismos relacionados com a tipologia de doentes e a própria dinâmica de uma instituição privada, fez-me sentir afastada da minha realidade profissional num primeiro contacto, o que de certa forma competiu com a minha necessidade de querer superar qualquer desconforto. Incontestavelmente, quem passa por estes cenários em que o contacto com o sofrimento e a morte são uma constante, é impossível ficar isento de qualquer sentimento.

Esta experiência que durou cerca de dois meses permitiu-me abraçar de forma sustentada as emoções daqueles que no fundo justificam a existência dos cuidados paliativos. Embora o sofrimento físico, por vezes, seja o mais evidente, reconheço que uma das experiências mais difíceis e desafiantes foi acolher os medos do doente e da família, o sofrimento das perdas, e saber gerir as suas esperanças, quando ameaçados por uma doença que teimava em avançar. É inacreditável que mesmo percorrendo caminhos de itinerário difícil, alguns desses doentes são capazes de esperar, de sorrir, de acreditar, e encontrar novos caminhos, onde ainda possam realizar-se. Este confronto com a realidade exigiu de mim um exercício constante de reflexão e de autoconhecimento para colaborar positivamente no cuidado a cada pessoa, resgatar a sua dignidade e ultrapassar as minhas próprias dificuldades.

Neste espaço, foi-me também possível ganhar maturidade, autonomia e incentivo para a busca da sensibilidade das pequenas coisas que preenchem o nosso dia-a-dia. São estes valiosos ensinamentos, que pouco a pouco tenho procurado transmitir aos meus colegas de trabalho, numa tentativa de dar às ações paliativas um novo contributo.

Também na urgência um dos maiores desafios foi lidar com a imprevisibilidade da vida, com a necessidade imediata de cuidados que aliassem a competência técnica e relacional e o estabelecimento de prioridades. Assistir o doente politraumatizado suscitara em mim alguma apreensão e ansiedade, mas que superei com persistência e um grande investimento. Aliás, não só nesta situação em particular, mas no decorrer de todo o estágio identifico nos profissionais de saúde e na própria instituição importantes entidades formativas.

Neste serviço pude ainda assumir a responsabilidade do doente crítico, na maioria das vezes com potencial risco de vida, através do desenvolvimento de competências na área da avaliação, da intervenção e na implementação de medidas terapêuticas, para restabelecer ou manter as funções vitais. Outro dos objetivos alcançados prende-se com a assistência ao doente de forma sistematizada, trabalhando em equipa, atendendo aos princípios éticos e deontológicos intrínsecos à profissão, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.

Os dois cenários em consideração têm em comum a transposição de competências no que se refere sobretudo ao cuidado humanizado ao doente e família, com destaque para a componente comunicacional. De facto, saber comunicar reveste-se de um poderoso agente terapêutico para que possamos melhorar o relacionamento com o doente/família e tornar este processo menos doloroso. Muitas vezes é necessário compreender o diálogo que surge do

silêncio e no qual descobrimos a força e o caminho a percorrer. Aliás, numa fase inicial sentira o silêncio como um constrangimento, agora sinto-o como acolhedor da minha relação com o doente. Foi numa atitude de disponibilidade, de aceitação e compreensão, que consegui estabelecer a verdadeira relação de ajuda que só se constrói com base na autenticidade.

Neste percurso, uma das minhas preocupações foi também promover a mudança positiva, informar, educar, partilhar e desenvolver o espírito crítico junto dos pares, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nos respetivos contextos, que se concretizou na realização de alguns momentos formativos (Journal Club, sessão de formação).

Relativamente a algumas competências, nomeadamente no que se refere à liderança de equipas de prestação de cuidados especializadas e colaborar na integração de novos elementos, foram desenvolvidas e efetivadas em contexto de trabalho.

Este crescimento e amadurecimento individual e profissional, só se tornou possível atendendo à minha experiência profissional e motivação para me reciclar permanentemente, e dessa forma sentir-me apta a adquirir novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança.

Em todo o percurso, entendo o tempo de estágio (180h) como um fator limitador à consecução de alguns projetos, dada por vezes, a nossa inexperiência num contexto desconhecido. O que não deixou de ser estimulante à minha capacidade de adaptação, flexibilidade e gestão das várias oportunidades de aprendizagem.

A mencionar efetivamente todo o apoio e orientação tutorial disponibilizados pela professora Marques da Gama, e nesta fase final pela professora Patrícia Pontífice Sousa, a quem reconheço o mérito pelo conhecimento partilhado, com base numa relação de parceria, onde a horizontalidade de relações se instituiu como forma de estar, permitindo-me assim ultrapassar qualquer dificuldade, qualquer exigência ou constrangimento ao meu percurso formativo.

Para terminar, apraz-me dizer o quanto aprendi e senti no contato com as pessoas, com a doença, e com a vida de cada um em particular. São momentos irrepetíveis, privilegiados das relações humanas, onde todas as experiências são aprendizagens, mas nem sempre fáceis de gerir. Só por meio de um trabalho conjunto, com a mesma missão, e uma comunicação efetiva se conseguem prestar cuidados ao doente em situação crítica, de forma claramente humanizada.

4 – BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, Adam; KUTNER, Jean S.; BEATY, Brenda. Suffering at the end of life in the setting of low physical symptom distress. **Journal of Palliative Medicine** [em linha]. Vol.9 (2006), p.658-665. [Consult. 13 Jul. 2012]. Disponível na internet: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16752971.
- ABREU, Wilson Correia – **Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.
- BERBAUM, Jean – **Aprendizagem e formação**. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN 972-0-34105-X.
- AFONSO, Henrique; LOURENÇO, Sílvia – Humanização do cuidar em enfermagem ao doente terminal – perspetiva ética. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º267 (2011), p.16-23.
- ALARCÃO, Isabel – **Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão**. Porto: Editora, 1996. ISBN: 978-972-0-34721-3.
- ALMINHAS, Sílvia Manuel Pação – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º75 (2007), p.57-60.
- ALVES, M.; RAMOS, F.; PENNA, C. - O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** [em linha]. Vol.14 (2005), p. 323-331. [Consult. 7 out. 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>. ISSN 0104-0707.
- ALVES, Sandra et al. - Cuidados Paliativos. In: Regateiro, et al. - **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Editora Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7. p.137-159.
- ARAÚJO, Mónica; SILVA, Maria – A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [em linha]. Vol. 41 (2007), p.668-674. Disponível na internet: www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf. ISSN: 0080-6234.
- ARAUJO, Monica; SILVA, Maria – Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [em linha]. Vol.46 (2012a), p. 626-632. [Consult. 27 dez. 2012]. Disponível na internet: www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_14.pdf. ISSN 0080-6234.
- ARAÚJO, Monica; SILVA, Maria – The Knowledge about communication strategies when taking care of the emocional dimension in palliative care. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. [em linha]. Vol.21 (2012b), p. 121-129. [Consult. 27 nov. 2012]. Disponível na internet: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100014...sci. ISSN 0104-0707.

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – Formação de enfermeiros em cuidados paliativos - Recomendações da ANCP (2006). Disponível na internet: www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf.
- AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – Doação de Órgãos: em luta pela vida (2009), p.32-35. Disponível na internet: <http://www.asst.min-saude.pt>.
- BARBOSA, António; NETO, Isabel G. - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ªed. Centro de Bioética: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 1646-5687.
- BARNES, Sarah et al - Enhancing Patient-Professional Communication About End-of-Life Issues in Life-Limiting Conditions: A Critical Review of the Literature. **Journal of Pain and Symptom Management** [em linha]. Vol. 44 (2012), p.866-879. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819438.
- BARROS, Cristina I. – Cuidar em fim de vida... Seremos potenciais vítimas de Burnout? Como o prevenir? **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º239 (2008), p.32-34.
- BARROS, Filipa; COSTA, Inês; AMARAL, Tiago - Cuidar a Pessoa Potencial Dadora de Órgãos e Tecidos: A Propósito de um Caso Clínico. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 281 (2012), p. 12-17.
- BARROSO, Rita - **Condições para o desenvolvimento de ações paliativas em unidades de internamento de agudos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. Tese de mestrado em cuidados paliativos.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN:972-8535-97-X.
- BOYD, Denise et al - Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. **Oncology Nursing Forum** [em linha]. Vol. 38 (2011), p.229-239. [Consult. 29 dez. 2012]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531673>.
- BRAGA, Estefânia et al – Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Revista Investigação**. São Paulo. V.10, n.º1 (2010), p.26-31.
- BRAGANÇA, Joana Figueiredo - **Enfermeiros de Cuidados Paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua perceção em relação à qualidade dos seus cuidados**. Lisboa: Faculdade de Medicina, 2011. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos.
- BRANDÃO, Sónia M. – Evoluir na enfermagem: a construção de um caminho profissional. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. N.º95 (2011), p. 11-14.
- BUSHINSKI, Robyn; CUMMINGS, Kathleen – Practices of Effective End-of-Life Communication between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings. **Creative Nursing** [em linha]. N.º3 (2007), p.9-12. [Consult. 7 jan. 2013]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com>.

- CANÁRIO, Rui – **Educação de Adultos: Um campo e uma problemática**. Lisboa: EDUCA, 2000. ISBN: 972-8036-21-3.
- CAPELAS, A; NETO, I. - Organização de serviços. In: Barbosa e Neto. **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p.785-813.
- CLARKE, A.; ROSS, H. - Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. **International Journal of Older People Nursing** [em linha]. Vol.1 (2006), p.34-43. [Consult. 29 Dez. 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/>. ISSN 1748-3735.
- CORREIA, Rui M. – Um olhar da enfermagem sobre o doente terminal. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-884. N.º102 (2012), p. 37-39.
- CRAIG, Jean; SMITH, Rosalind – **Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN:972-8383-61-4.
- DECRETO-LEI n.º 111/2009. D.R. 1.ª série. N.º180 (16-09-09) 6528-6550.
- DECRETO-LEI n.º 247/2009. D.R. 1.ª série. N.º184 (22-09-09) 6758-6721.
- DEODATO, Sérgio - **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- DOWNEY, L; ZUN, A. - Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction. **Journal of Emergencies, Trauma, and Shock** [em linha]. Vol. 3 (2010), p.326-330. [Consult. 25 set. 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>. ISSN 0974-519X.
- ESTANQUE, Carla M. J. - **A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida – Uma abordagem na perspetiva dos enfermeiros**. Lisboa: Faculdade de Medicina, 2011. Tese de Mestrado.
- FACHADA, M. Odete - **Psicologia das relações interpessoais**. 8ª ed. Lisboa: Edições Rumo, 2006. ISBN 972-688-120.
- FAVERO, Luciane et al. - Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem** [em linha]. Vol.22 (2009), p.213-218. [Consult. 30 nov. 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>. ISSN 1982-0194.
- FELÍCIO, Ana M.; RIBEIRO, Ana R. – As atitudes dos enfermeiros perante a morte. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. N.º35 (2011). ISSN 0873-1586. p.20-30.
- FERNANDES, Ana P. et al – Integração de enfermeiros no serviço de urgência central. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. Nº 92 (2010), p. 50-55.

- FERREIRA, Francisco et al - Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um Modelo Orgânico Funcional. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. ISSN: 0870-2551. Vol.27 (2008), p. 889-900.
- FERREIRA, M.; PONTES, M.; FERREIRA, N. – Cuidar em enfermagem: perceção dos doentes. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 (2009), p.358-366.
- FERREIRA, Pedro L. et al – Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. **Revista Portuguesa de Saúde Pública** [em linha]. N.º30 (2012), p.62-70. [Consult.10 Dez. 2012]. Disponível na internet: www.elsevier.pt/rpsp.
- FRIAS, Cidália de F. C. – **O processo de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida: encontro de corpos**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. Tese de doutoramento em Enfermagem.
- GAMEIRO, Manuel - **Sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto Editora; 1999. ISBN 972-8535-06-6.
- GANLEY, L; GLOSTER, A. – Na overview of triage in the emergency department. **Nursing Standart** [em linha]. Vol. 26 (2011), p. 49-56. [Consult. 7 out. 2012]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22216667>.
- GARLET, Estela R. et al - Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem** [em linha]. Vol.18 (2009), p.266-272. [Consult. 7 out. 2012]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>. ISSN 0104-0707.
- GUARDA, H.; GALVÃO, C.; GONÇALVES, M. - Apoio à Família. In: Barbosa e Neto. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p.751-760.
- HAPP, Mary Beth et al - Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care** [em linha]. Vol.20 (2011), p.28-40. [Consult. 12 dez. 2012]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222584/>.
- HERTH, K. A.; CUTCLIFFE, J. R. - The concept of hope in nursing: hope and palliative care nursing. **British Journal of Nursing**. Vol. 11, nº 14 (2002), p. 977-983.
- HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7

- HOROWITZ, Sala – Complementary Therapies for End-of-Life care. **Alternative and Complementary Therapies** [em linha]. Vol.15 (2009), p. 226-30. [Consult. 2 maio 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>.
- HOWARD, Patricia Kunz - **Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática**. 6ªed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9.
- JOÃO, L; DIAS, A.; NUNES, I. – Cuidar na dor e no sofrimento: um imperativo ético. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º221 (2007), p.18-20.
- JOSÉ, Helena - Humor na Esfera de Competências dos Enfermeiros. **Revista do Sindicato Nacional de Ensino Superior**. N.º32 (2009), p. 38-44.
- KÉROUAC, Suzanne et al – **El pensamiento Enfermero**. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 2-7607-0584-6.
- KOLCABA, K. Y. – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol.19, N°6 (1994). [Consult. 15 dez. 2011]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>. ISSN: 0309-2402.
- KOZLOWSKA, Lena; DOBOSZYNSKA, Anna - Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. **International journal of Palliative Nursing** [em linha]. Vol 18 (2012), p.40-46. [Consult. 7 jan. 2013]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost>.
- KROUPOVÁ, Lenka; HROMOVÁ Miroslava - Communication skills of Nurses in Palliative care. **International Conference of General Nurses & Workers Educating Paramedical Staff** [em linha]. Vol. (2011), p.93-103. [Consult. 12 nov. 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com>.
- LEININGER, Madeleine - Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. Associação Portuguesa de Enfermeiros. **Enfermagem**. N.º10, 2ªsérie (1998) Vol. 10, pp. 32-36.
- LENHERR, G. et al- To speak, or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? **Swiss Medical Weekly** [em linha]. N.º142 (2012), p.1-7. [Consult. 7 jan. 2013]. Disponível na internet: <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13563/>.
- LEOW, Q. et al - A qualitative exploration of patients' experiences of music therapy in an inpatient hospice in Singapore. **International Journal of Palliative Nursing**, Vol.16 (2010), p. 344-350.
- LIMA, A., SILVA, M., PEREIRA, L. - Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir. **Enfermería Global** [em linha]. N° 15 (2009), p.1-17 [Consult. 4 out. 2012]. Disponível na internet: www.um.es/eglobal/. ISSN 1695-6141.

- LINDQVIST, Olav et al – Complexity in Non-Pharmacological Caregiving Activities at the End of Life: Na International Qualitative Study. **PLoS Medicine**. Vol.9 (2012), p.1-10. [Consult. 4 jun. 2012]. Disponível na internet: www.plosmedicine.org.
- LIU, Jun-E; MOK, Esther; WONG, Thomas - Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. N.º15 (2006), p.188-96. [Consult. 8 jan. 2013]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com>. ISSN: 0962-1067.
- MARINHO, O. – A humanização e a arte do cuidar: A visão do enfermeiro sobre humanização no processo de cuidar. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 268 (2011), p. 19-27.
- MARQUES, A. et al - O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. **Revista Patient Care** (versão portuguesa). Vol.14, n.º52 (2009), p.32-38.
- MARTINS Maria C. - **Aliviando o sofrimento: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida**. Lisboa: Faculdade de Medicina; 2010. Tese de doutoramento.
- MELEIS, Afaf I. – **Theoretical nursing development and progress**. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ISBN 0-7817-5767-3.
- MELEIS, A. e TRANGENSTEIN, P. - Facilitating Transitions: redefinition of the nursing. **Outlook**. Vol.42 (1994), p.255-259.
- MORAIS, Gilvânia et al – Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem** [em linha]. Vol.22 (2009), p.323-327. [Consult. 12 nov. 2012]. Disponível na internet: www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf.
- MOREIRA, Isabel M. – **O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. 2ªed. Coimbra: Editora Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-64-6.
- NETO, Isabel G. - Modelos de controlo sintomático. In Barbosa e Neto. **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p.61-68.
- NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma ética da enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.
- OLIVEIRA, Célia Simão – **O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura**. Universidade de Lisboa, 2006. p.2-12.
- OLIVEIRA, Luís M. – As competências e os novos paradigmas. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. N.º87 (2009), p.50-57.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular. Cadernos OE, série I, n.º2 (2009).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Tadinense: Artes Gráficas, 2012. Disponível na internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf.
- ORIÁ, Mônica; MORAES, Leila; VICTOR, Janaína – A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [em linha]. Vol.6 (2004), p. 292-297. [Consult. 11 Nov. 2012]. Disponível na internet: www.fen.ufg.br/2004.
- OSSWALD, Walter – Entre o “curar” e o “cuidar”: a Humanização dos serviços de saúde. In NEVES e PACHECO. **Para uma Ética da Enfermagem**. Coimbra: Desafios, 2004. ISBN: 972-603-326-8. p.363-373.
- PACHECO, Susana - **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética**. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2004. ISBN 972-8383-30-4.
- PAI, Daiane; LAUTERT, Liana – O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. Vol.16 (2008), p. 439-44.
- PAIVA, D.; CARVALHO, J.; MELO, S. – Cuidar do doente em fase terminal de vida e da sua família. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. N.º104 (2012), p.37-43.
- PEEREBOOM, Karen; COYLE, Nessa - Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease-Communication Strategies for Nurses. **Journal of Hospice and Palliative Nursing** [em linha]. Vol.14 (2012), p.251 – 258. [Consult. 11 dez. 2012]. Disponível na internet: http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1344421.
- PEPLAU, H. - **Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica**. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.
- PEREIRA, Sandra M. - **Cuidados Paliativos: Confrontar a morte**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. ISBN 978-972-54-0279-5.

- PEREIRA, S.; FONSECA, A.; CARVALHO, A. – “Burnout in palliative care: A systematic review”. **Nursing Ethics** [em linha]. Vol.18 (2011), p.317-326. ISSN: 0969-7330 [Consult. 9 maio 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>
- PESSINI, Leo - Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**. Vol.10 (2002), p.51-72.
- PETERSON, Jennifer et al. - “What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses’ experiences”. **International Journal of Palliative Nursing** [em linha]. Vol. 16 (2006), p.181-187. [Consult. 9 maio 2012]. Disponível na internet: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>. ISSN: 1357-6321
- PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- PIEDADE, Milena - Humanização: Uma reflexão na perspetiva dos cuidados paliativos. **Revista Enformação**. Lisboa. N.º11 (2009), p.8-13.
- PORTUGAL - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003, 72 p. ISBN: 972-675-097-0.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa n.º 01/DQS/DQCO. Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS)”. 06/01/2010.
- PYTEL, C. et al - Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. **Journal Of Emergency Nursing** [em linha]. Vol. 35 (2009), p. 406-411. [Consult. 12 nov. 2012]. Disponível na internet: www.sciencedirect.com/. ISSN: 0099-1767.
- QUERIDO, Ana - Escuta em cuidados paliativos: quando um silêncio vale mais do que mil palavras. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 185 (2004), p. 24-28.
- RABAÇA, Ondina – Em cuidados paliativos: e quando a família necessita respostas? **Revista Percursos**. Setúbal. N.º7 (2008), p.34-39.
- REGATEIRO, Fernando et al – **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Editora Formasau, 2004. ISBN: 972-8485-41-7.
- REINKE, Lynn F. et al - Nurses’ Identification of Important yet Under-Utilized End-of-Life Care Skills for Patients with Life-Limiting or Terminal Illnesses. **Journal of Palliative Medicine** [em linha]. Vol. 13, n.º6 (2010), p.753-759. [Consult. 17 dez. 2012]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597709.
- RENAUD, Michel – Dignidade Humana. In NEVES e PACHECO. **Para uma Ética da enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p.203-214.
- SALES, Catarina; SILVA, Vladimir - The nurse's role in the humanization of care in the hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**. [em linha]. Vol. 10 (2011), p.66-73. [Consult. 15 maio 2012]. Disponível na internet: <http://bases.bireme.br/>. ISSN 1984-7513.

- SALOMÉ, G.; MARTINS, M.; ESPÓSITO, V. – Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Brasília: **Revista brasileira de enfermagem**. N.º62 (2009), p. 856-862.
- SAPETA, Paula - **Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-8930-69-1.
- SAPETA, Paula; LOPES, Manuel – Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. N.º4. (2007), p.35-60.
- SARAIVA, Dora; MARTINHO, Teresa – Comunicar com o doente em estado crítico. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º270 (2011), p.8-14.
- SEIKI, Natalie; GALHEIGO, Sandra – O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 14 (2010), p. 273-284. [Consult. 15 maio 2012]. Disponível na internet: www.scielo.br/scielo.php?script=sci.
- SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência, da Teoria à Prática**. 4.ªed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.
- SILVA, Almerinda M. - **O direito à privacidade do doente no serviço de urgência**. Porto: Faculdade de Medicina, 2007. Tese de mestrado.
- SILVA, António M. – A morte vista da urgência. In **ORDEM DOS ENFERMEIROS**. Final de vida: VI Seminário do Conselho Jurisdicional. ISSN 1646-2629. N.º 20 (2006), p.46-52.
- SIMÕES, Sílvia C. – A comunicação em cuidados paliativos: algumas considerações. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 244 (2009), p. 20-23.
- STAJDUHAR, K. et al – Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. **Journal Clinical Nursing** [em linha]. N.º19 (2010), p.2039-47 [Consult. 29 dez. 2012]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920030>.
- SWANSON, K.M. – Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**. Vol.40, N.º3 (1991), p.161-166.
- SWANSON, Kristen – **Nursing as informed caring for the well-being of others**. Image: Journal of Nursing Scholarship. N.º25 (1993), p. 352-357.
- TOMEY, A. M.; ALLIGOD, M. R. – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-74-6.
- TWYLCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos**. 2ªed. Climepsi editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

- WALDROP, Deborah P. et al – Communication and advanced care planning in palliative end-of-life care. **Nursing Outlook** [em linha]. N.º60 (2012), p.365-369. [Consult. 25 dez. 2012]. Disponível na internet: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
- WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-33-9.

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Nome do Doente: _____ Data: _____

Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO II

Certificado de participação no VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética

VII ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA
Bioética e Responsabilidade Social em Saúde
ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM E BIOÉTICA
Equidade e Responsabilidade Social em Enfermagem
18 - 20 de Julho de 2012



Certificado

Certifica-se que Daniela Fernandes, Filipa Veríssimo, Inês Dinis, Estela Cancela, Georgeana Marques da Gama apresentaram o poster *Humanização da dor e do sofrimento* no VII ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA, na Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

Prof. Doutor António Barbosa
Presidente da Comissão Organizadora

Lisboa, 23 de Julho de 2012

ANEXO III

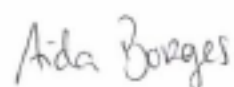
Declaração de publicação do artigo “Humanização da dor e do sofrimento – Refletir sobre o cuidar em fim de vida”

DECLARAÇÃO

Pela presente vimos informar que o artigo "Humanização da Dor e do Sofrimento - Refletir sobre o cuidar em fim de vida", da autoria de Daniela Fernandes, Filipa Veríssimo e Georgeana Marques da Gama, foi aceite para publicação em futuros números da Revista Nursing.

Lisboa, 12 de Dezembro de 2012

A coordenadora editorial,



ANEXO IV

Declaração da formação em serviço (VVS)



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Para os devidos efeitos se declara, que o(a) Enfermeiro(a) abaixo identificado(a) participou na Acção de Formação em Serviço especificada.

FILIPA ISABEL LOPES VERISSÍMO

Enfermeira

Nº Mecº.: 38631

A exercer funções no Serviço: U. Cirurgia Geral

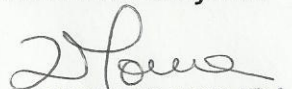
Tipo de Participação: Formador

Tema	Serviço	Data	Duração
“Via Verde da Sepsis”	Urgência Central	31-10-2012	20 m

Sumário: Sepsis - Etiologia; Epidemiologia e estratificação; Protocolos de actuação; Via Verde da Sepsis.

Lisboa, 08-Novembro-2012

Enfermeira Adjunta


LOURDES MOURA
N.º Mec.º 35073
Enfermeira Adjunta

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

ANEXO V

Protocolo da VVS implementado no HSM

Via Verde da Sepsis

Identificação do Doente	
Nome _____	
NSC _____	
Data de admissão ____/____/____	Hora admissão _____

PASSO 1 (TRIAGEM)

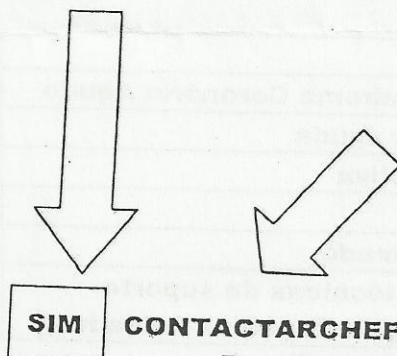
Hora Triagem _____

CrITÉrios de Presunção de Infecção (assinalar com x)

a)	Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)	
b)	Dor lombar + (disúria ou polaquiúria)	
c)	Dor abdominal ou icterícia	
d)	Diminuição aguda do nível de consciência	
e)	Cefaleias + vômitos	
f)	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	
g)	CrITÉrio clínico do responsável	

CrITÉrios de SIRS (2 de 3 crITÉrios)

Frequência cardíaca > 90 bat/ mn	
Frequência respiratória > 20 ciclos/ mn	
T > 38°C ou < 36°C	



SIM CONTACTAR CHEFE DE EQUIPA (ext. 98055) (ext. 51121)
 Desviar para Sala reanimação 2

PASSO 2 (a preencher pelo chefe de equipa e/ ou médico responsável)

Hora avaliação _____

CONFIRMAÇÃO DA SUSPEITA? SIM (assinalar)

HIPOPERFUSÃO?

TA sistólica < 90mmHg	
Lactatos > 4mmol/ l	

Sem CRITÉRIOS EXCLUSÃO

SIM (assinalar)

VIA VERDE DA SÉPSIS

PASSO 3 (VIA VERDE DA SÉPSIS)

Hora activação _____

Destino do Doente SO / S. Reanimação / SMI (assinalar)

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:
Hemograma
Função renal
Ionograma
Glicose
PCR
Gasometria
Hemoculturas e outros exames bacteriológicos
Rx tórax
Estudo da coagulação

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA VVS (assinalar, se presentes)

a)	Gravidez	
b)	ICC descompensada/ Síndrome Coronário Agudo	
c)	Doença Cerebrovascular aguda	
d)	Hemorragia Digestiva activa	
e)	Estado de mal asmático	
f)	Politrauma/ Grande queimado	
g)	Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (indicação para limitação de cuidados)	

Assinat. do CHEFE de EQUIPA _____

Assinat. do MÉDICO RESPONSÁVEL _____

Assinat. do ENFERMEIRO RESPONSÁVEL _____

ANEXO VI

Certificado de participação no Congresso Internacional Desafios em Enfermagem

DECLARAÇÃO

A FORMASAU, Formação e Saúde, Lda., declara para os devidos efeitos que:

Filipa Isabel Lopes Verissimo

Ana Sofia Rocha Casal

Professora Doutora Patrícia Cruz Pontífice

Participaram com a apresentação de um **Póster** com o título:

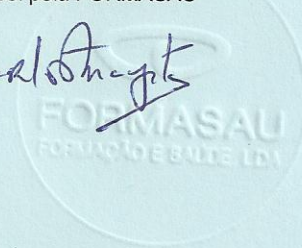
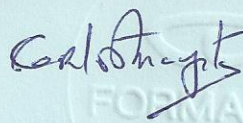
O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência

no **Congresso Internacional DESAFIOS EM ENFERMAGEM**, que decorreu nos dias 09 e 10 de Novembro de 2012, no Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pólo A, em Coimbra.

Por ser verdade e para que conste se passa a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com o carimbo da FORMASAU.

Coimbra. 10 de Novembro de 2012

O Responsável pela FORMASAU



Declaração Nº **929 / 2012**



ENTIDADE FORMADORA ACREDITADA POR
DGERT
DIRECÇÃO GERAL DO EMPREGO
E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

ANEXO VII

Protocolo de diagnóstico de morte cerebral do HSM



HOSPITAL DE SANTA MARIA

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL (ver metodologia no final)

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome _____ NID _____

Idade _____ Sexo – M F Serviço _____

	Dr. A	Dr. B
Data e hora da instalação do coma		
Tipo de lesão encefálica		

CONDIÇÕES PRÉVIAS	Dr. A		Dr. B	
	1º exame	2º exame	1º exame	2º exame
1) Causa e irreversibilidade da situação clínica conhecidas				
2) Ausência de Fármacos Depressores do SNC *				
3) Ausência de Relaxantes Musculares *				
4) Ausência de Alterações Metabólicas ou Endócrinas *				
5) Ausência de Hipotermia (temp. central $\geq 35^{\circ}\text{C}$) *				
*Estas condições devem ser consideradas quando possam ser responsabilizadas pelo estado de coma e pela ausência de respiração espontânea.				

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	Dr. A		Dr. B	
	1º exame	2º exame	1º exame	2º exame
1) Estado de coma com ausência de respostas motoras à estimulação dolorosa na área dos nervos cranianos (GCS=3)				
2) Reflexos fotomotores negativos				
3) Reflexos corneopalpebrais negativos				
4) Reflexos oculovestibulares negativos				
5) Reflexo faríngeo negativo				
6) Reflexo da tosse negativo				
7) Reflexos oculocefálicos *				
8) Prova da apneia positiva (ausência de respiração espontânea com $\text{pCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$)				

* a pesquisa deste reflexo deverá ser dispensada em caso de suspeita de traumatismo cervical

Poderá recorrer-se ao **Doppler transcraniano ou angiografia cerebral*** sempre que for considerado necessário, como em casos de dúvida nas **Condições Prévias 2), 3), 4) e 5)** ou em caso da impossibilidade de testar algum reflexo do tronco cerebral (**Critérios de Diagnóstico 2) a 6)**. Caso haja critérios de ausência de circulação cerebral, poderá diagnosticar-se a morte cerebral desde que as restantes condições prévias e critérios de diagnóstico o confirmem. A realização da prova da apneia é indispensável ao diagnóstico de morte cerebral.

* no caso de impossibilidade de execução destes dois exames, poderá recorrer-se à cintigrafia de perfusão cerebral com HMPAO.

EXAME REALIZADO: Doppler transcraniano	Angiografia	Cintigrafia
Data e Hora da realização do exame		
Critérios de ausência de circulação cerebral	SIM	NÃO

Se todas as respostas aos **CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO** foram **SIM**, pode diagnosticar-se **MORTE CEREBRAL**

CONCLUSÃO: MORTE CEREBRAL - SIM NÃO

	Dr. A		Dr. B	
	1º exame	2º exame	1º exame	2º exame
Data do exame				
Hora do exame				

IDENTIFICAÇÃO DOS MÉDICOS:

- Dr. A: Nome _____
Grau e Serviço _____
- Dr. B: Nome _____
Grau e Serviço _____
- Assinatura do Dr. A _____
- Assinatura do Dr. B _____

APÊNDICES

APÊNDICE I

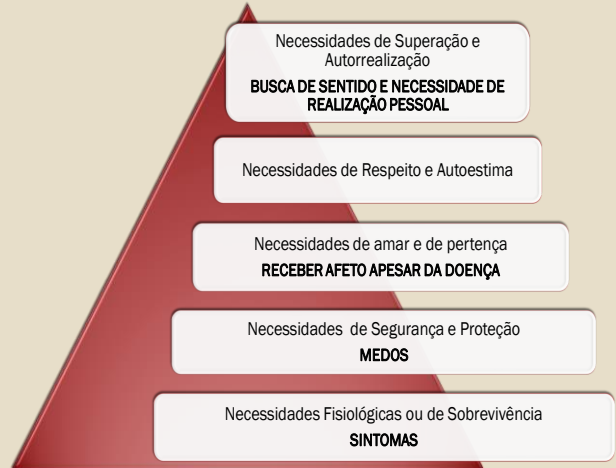
Poster “Humanização da dor e do sofrimento”

HUMANIZAÇÃO DA DOR E DO SOFRIMENTO

“A dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do doente; pela moral do doente; pelo significado que a dor assume para o doente” (TWCROSS, 2003).



O sofrimento surge associado a um estado complexo negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação de ameaça à integridade da pessoa, pelo sentimento de impotência e pelo esgotamento de recursos pessoais e psicossociais para enfrentá-la (BARBOSA, 2010).



Hierarquia das Necessidades em Cuidados Paliativos (adaptado: ZALENSKI E RASPA, 2006)

“Os 5 Processos de Cuidar em Enfermagem”

CONHECER	ESTAR COM	FAZER POR	POSSIBILITAR	MANTER A CRENÇA
<ul style="list-style-type: none"> • Centrar-se no cliente; • Prestar cuidados individualizados; • Evitar ideias pré-concebidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar disponibilidade; • Partilhar sentimentos; • Saber escutar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confortar; • Proteger as necessidades do outro; • Preservar a dignidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar/explicar; • Focar-se nas preocupações do outro; • Validar os sentimentos do outro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter estima pelo outro; • Manter uma atitude de esperança.

SWANSON (1991)



Adaptado de: BARBOSA & NETO (2010)

Cecily Saunders apela à nossa atenção para a multidimensionalidade da dor e do sofrimento. O reconhecimento da sua complexidade constitui a chave para a verdadeira HUMANIZAÇÃO!

BIBLIOGRAFIA: BARBOSA, A.; NETO, Isabel G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ªed). Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5; GAMEIRO, Manuel (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quetzil Editora. ISBN: 972-8535-06-6. 194p. PESSINI, Leo (2001). *Distanúcia - Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora Loyola. ISBN: 95-15-02400-4. 431p; PREDACE, Wilena (2009). *Humanização: Uma reflexão na perspectiva dos cuidados paliativos*. Revista Enfermagem, P.8-13; SWANSON, K.M. - Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, Vol.40, N°3 (maio/junho 1991), p. 161-166; TWCROSS, Robert (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ªed). Cimepress editores. ISBN: 972-796-093-6. 207p; ZALENSKI, Robert; RASPA, Richard - Maslow's Hierarchy of Needs: a Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, Vol 9, number 5, 2006

Autores: Daniela Fernandes*, Filipa Veríssimo**, Inês Diniz**, Estêvão Carreira**, Isabel Santos**, Liliana Dias**, Sandra Galharão**, Georgiana Marques da Gama***
 *Alunas do Mestrado Profissional de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. **Enfermeiras do Hospital do Mar. ***Professora da Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICE II

Resumo do Poster "Humanização da dor e do sofrimento"

HUMANIZAÇÃO DA DOR E DO SOFRIMENTO

O problema do sofrimento em cuidados paliativos é central ao próprio doente e a todos aqueles que o acompanham na sua trajetória. Segundo CASSEL (1991), o sofrimento caracteriza-se como um estado específico em que a pessoa sente a sua integridade ameaçada ou destruída. Se considerarmos que o sofrimento é sempre vivido pelas pessoas, temos de ter sempre presente uma multiplicidade de fatores que tornam o sofrimento numa realidade complexa e única (BARBOSA, 2010).

ZALENSKY (2006) a partir da pirâmide de Maslow fez uma adaptação às necessidades em cuidados paliativos, enquadrando nas necessidades fisiológicas os sintomas e no patamar acima a necessidade de proteção e segurança, que nos desperta para os medos da pessoa. Depois considerou as necessidades de amor, pertença e respeito, e no topo da pirâmide a necessidade de superação e autorrealização, no que se refere à busca de um sentido e à própria reconciliação pessoal.

Na realidade, as principais fontes de sofrimento surgem associadas à perda de autonomia, à presença de sintomas não controlados, às alterações da própria imagem, à perda de papéis sociais e à redefinição de expectativas e objetivos (BARBOSA, 2010). O estabelecimento de objetivos realistas permite ao doente restaurar e manter a esperança. A promoção da esperança passa pela valorização do doente, pela presença de relações significativas, bem como, pelo alívio da dor e do mal-estar (TWYLCROSS, 2003). Todas estas perdas não se resumem apenas à dimensão física, sendo alargadas à dimensão psicológica, social e espiritual.

É nesse contexto que Cicely Saunders introduziu o conceito de “Dor Total”, apelando à nossa atenção para a multidimensionalidade da dor e do sofrimento. A Dor surge como “um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor do doente; pela moral do doente; pelo significado que a dor assume para o doente” (TWYLCROSS, 2003:83).

A análise sistemática dessas dimensões possibilita uma maior aproximação às necessidades quer do doente em fim de vida, quer da sua família.

Porém, para atender a cada pessoa, é indispensável a construção de um processo relacional que acompanhe as suas vivências tendo sempre presente como atitudes fundamentais a sinceridade, a espontaneidade, o respeito, e a aceitação incondicional para fomentar uma relação de confiança e o alívio do sofrimento. Deste modo, o processo de comunicação/relação apresenta-se como um dos principais pilares na prática dos cuidados paliativos (BARBOSA, 2010).

A pertinência do tema justifica-se sobretudo pela necessidade de aprofundarmos conhecimentos na área da humanização em cuidados paliativos, cujo principal foco é o valor inestimável da vida humana. Nessa perspectiva, revela-se imprescindível a adaptação dos profissionais de saúde às várias situações, e o desenvolvimento da relação interpessoal com a

pessoa doente, aceitando o seu quadro de valores, respeitando as suas crenças e atendendo os seus desejos.

Assim, enquanto enfermeiras prestadoras de cuidados a doentes em fim de vida, estabelecemos como objetivo geral refletir sobre a humanização da dor e do sofrimento em cuidados paliativos.

Como objetivos específicos pretendemos:

1. Salientar a importância da humanização no cuidar com o outro, tendo em conta a sua multidimensionalidade.
2. Identificar as principais atitudes que os enfermeiros devem adotar nos cuidados humanizados ao doente em fim de vida.

Com vista a alcançar os objetivos traçados, desenvolvemos este trabalho a partir de uma metodologia reflexiva e pesquisa bibliográfica.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, António; NETO, Isabel G. (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**. (2ªed). Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-22-5.

GAMEIRO, Manuel (1999) – **Sofrimento na doença**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-06-6. 194p.

PESSINI, Leo (2001) – **Distanásia – Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Edições Loyola. ISBN: 85-15-02400-4. 431p.

PIEIDADE, Milena (2009) – **Humanização: Uma reflexão na perspetiva dos cuidados paliativos**. Revista Enformação. P.8-13.

SWANSON, K.M. – Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**. Vol.40, Nº3 (maio-junho 1991), p. 161-166.

TWYXCROSS, Robert (2003) - **Cuidados Paliativos**. (2ªed). Climepsi editores. ISBN: 972-796-093-6. 207p.

ZALENSKI, Robert; RASPA, Richard - Maslow's Hierarchy of Needs: a Framework for Achieving Human Potential in Hospice. **Journal of Palliative Medicine**, Vol 9, number 5, 2006

Realizado por:

Daniela Fernandes*; Filipa Veríssimo*; Estela Cancela**; Inês Dinis**; Georgeana Marques da Gama***.

*Alunas do Mestrado Profissional de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa; **Enfermeiras do Hospital do Mar; ***Professora da Universidade Católica Portuguesa.

APÊNDICE III

Resumo do Artigo “Humanização da dor e do sofrimento – Refletir sobre o cuidar em fim de vida”

Humanização da Dor e do Sofrimento

- Refletir sobre o cuidar em fim de vida

Humanising pain and suffering – Reflection on the end of life care

Daniela Filipa Vinhas Fernandes* (danielafilepavf@hotmail.com)

Filipa Isabel Lopes Veríssimo* (fiverissimo@hotmail.com)

Georgeana Marques da Gama**

*Alunas do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Superior de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

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

RESUMO

O processo de fim de vida surge associado a sentimentos de perda, dor e sofrimento. Além da experiência de dor que é regulada por um conjunto de fatores orgânicos, a doença acarreta outros problemas que trazem à pessoa e sua família um determinado tipo de sofrimento, que não se esgotando em algo físico, transcende-o nos seus aspetos cognitivos, emocionais e até culturais.

Neste sentido, abordar os cuidados na perspetiva do sofrimento, leva-nos a deliberar a pessoa como o centro da prática da enfermagem, embora sejam envolvidos todos aqueles que a acompanham na sua trajetória.

Perante a realidade individual, complexa e única que representa o sofrimento, a humanização dos cuidados configura-se numa base argumentativa fundamental, a busca incessante pela dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE:

Humanização; dor; sofrimento; cuidar; cuidados paliativos.

ABSTRACT

End of life is associated with such feelings as loss, pain and suffering. In addition to experiencing pain that stems from physiological processes, the illness brings forth other issues which burden the person and their family with a specific kind of suffering that transcends the physical realm and penetrates the cognitive, emotional and even cultural spheres.

Approaching care from the suffering standpoint places the person at the centre of the nursing practice, although everyone accompanying them is involved.

In face of the personal, unique and complex experience that is suffering, humanising care is based on one essential argument: the never-ending quest for human dignity.

KEYWORDS

Humanise; pain; suffering; caring; palliative care.

APÊNDICE IV

Journal Club “A experiência do cuidar em fim de vida, na perspectiva dos enfermeiros”

JOURNAL CLUB

*“A experiência do cuidar em fim de vida
na perspetiva dos enfermeiros”*

18 de Junho de 2012 às 15h

Sala de Formação



Destinatários:

- Enfermeiros do piso 1

Objetivos da sessão:

- Refletir sobre o sofrimento e a morte inerentes ao cuidar em fim de vida;
- Analisar as preocupações dos enfermeiros relativamente ao cuidar em fim de vida;
- Definir estratégias para o autocuidado da equipa.

Desenvolvido por Filipa Veríssimo, aluna do Mestrado em
Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem de Médico-Cirúrgica

JOURNAL CLUB

“A EXPERIÊNCIA DO CUIDAR EM FIM DE VIDA, NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS”

Orientadoras: Enf.º Estela Cancela
Enf.º Inês Dinis

Tutora: Prof.º Marques da Gama

18 Junho 2012

Filipa Isabel Lopes Veríssimo

Sumário

- Introdução ao tema;
- Discussão de ideias;
- Análise do artigo;
- Síntese.

Objetivos

□ Geral

- Refletir sobre o sofrimento e a morte inerentes ao cuidar em fim de vida.

□ Específico

- Analisar as preocupações dos enfermeiros relativamente ao cuidar em fim de vida;

- Definir estratégias para o autocuidado da equipa.

Cuidar em fim de vida...

Estudos demonstram que os profissionais que trabalham em cuidados paliativos estão expostos a:

- Desgaste físico e emocional;
- Confronto sistemático com o sofrimento e com a perda;
 - Sentimentos de impotência;
 - Elevados níveis de ansiedade;
 - Angústia;
 - Stress.

BARROS (2008)

Fatores de risco vivenciados pelos enfermeiros

Assistir um doente a sofrer

A morte de um doente

Ouvir o doente falar da sua morte iminente ou falar com ele do assunto

(Peterson [et al], 2010)

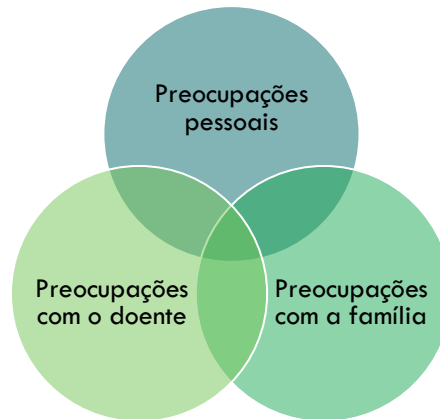
Discussão

Quais as principais preocupações verbalizadas pelos enfermeiros?



Análise do artigo

“What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses’ experiences” (PETERSON [et al], 2010)



Análise do artigo

PREOCUPAÇÕES PESSOAIS

- Ter tempo para o doente;
- Ter tempo para a família;
- Medo de cuidar de um doente em fase terminal;
- Pouca experiência;
- Comunicação** com o doente/família;
- Medo do envolvimento emocional;
- Não ser capaz de manter uma distância profissional;
- Dificuldade em abordar temas difíceis.

Análise do artigo

□ Preocupações com o doente

- Conforto e alívio do sofrimento;
- Desejos do doente;
- Responder às suas perguntas;
- Permitir ao doente partilhar qualquer informação;
- Ter a certeza que a “voz do doente é ouvida”.

□ Preocupações com a família

- Atender às suas necessidades;
- Confortar a família e ajudá-los a lidar com a situação;
- Adaptar a informação a cada membro;
- Mediar relação família/doente (tomadas de decisão).

Estratégias para o autocuidado da equipa

(TWYXCROSS, 2003; BARBOSA & NETO, 2010; PETERSON [et al], 2010; PEREIRA [et al], 2011)

- Investir na formação;
- Liderança eficaz;
- Partilhar as angústias;
- Trabalhar em equipa;
- Estabelecer metas/objetivos realistas;
- Comunicação eficaz;
- Reuniões regulares;
- Reconhecer que existem situações de stress;

Estratégias para o autocuidado da equipa

(TWYXCROSS, 2003; BARBOSA & NETO, 2010; PETERSON [et al], 2010; PEREIRA [et al], 2011)

- Refletir sobre a vida e a morte;
- Registo de sentimentos, emoções e recompensas;
- Dispensar tempo para hobbies;
- Conhecer os próprios limites;
- Satisfação pessoal e profissional;
- Ter tempo para estar com os doentes e seus familiares.

Síntese

- Uma das principais preocupações dos enfermeiros prende-se com a **comunicação**.
- A **formação especializada** na área assume-se como um valioso contributo na intervenção ao doente em fim de vida, e sua família.
- Não esquecer que são as recordações, as saudades e os momentos mais difíceis que nos impulsionam para fazer mais e melhor, quando cuidamos em fim de vida...



“A virtude não está em nunca cairmos, mas sim em sabermos
levantar-nos sempre que caímos”

(DITADO MILENAR CHINÊS)

Muito obrigada pela vossa presença!

Bibliografia

- BARBOSA, A.; NETO, Isabel G. - **Manual de Cuidados Paliativos**. (2ªed). Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5.
- BARROS, Cristina I. F. – Cuidar em fim de vida...Seremos potenciais vítimas de burnout? Como o prevenir? **Revista Nursing**, 2008. ISSN: 0871-6196, n.º239 (novembro 2008), p.32-34.
- PEREIRA, S.; FONSECA, A.; CARVALHO, A. – “Burnout in palliative care: A systematic review”. **Nursing Ethics**. 2011, 18(3), p.317-326. ISSN: 0969-7330 [Consultado em 9 de Maio de 2012 às 11h24m]. Disponível em: EBSCO.
- PETERSON, J. [et al.] - “What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences”. **International Journal of Palliative Nursing**. 2010, vol 16, No 4. p.181-187. ISSN: 1357-6321 [Consultado em 9 Maio 2012 às 11h28m]. Disponível em: EBSCO.
- TWYXCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos**. (2ªed). Climepsi editores, 2003. 207p. ISBN: 972-796-093-6.

APÊNDICE V

Sessão de formação “Via Verde Sepsis”/Planificação da sessão

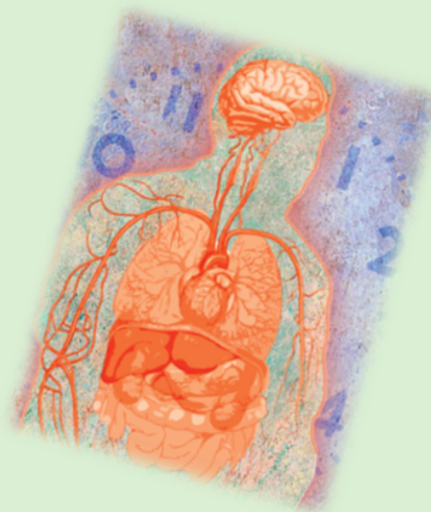
SESSÃO DE FORMAÇÃO

“Via Verde Sépsis”

31 de Outubro às 15h

Local: Serviço de Urgência Central

Duração: 20 minutos



Destinatários:

- Enfermeiros do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria.

Objetivos da sessão:

- ♦ Refletir sobre a importância do papel do enfermeiro no reconhecimento rápido do doente em sépsis e do respetivo encaminhamento;
- ♦ Definir as responsabilidades do enfermeiro na aplicação e viabilização da VWS;
- ♦ Sensibilizar a equipa para as normas e diretrizes preconizadas para o reconhecimento atempado da sépsis.

Desenvolvido por Filipa Veríssimo, aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em Enfermagem de Médico-Cirúrgica, sob a orientação da Enfermeira Sofia Rocha.

PLANO DA SESSÃO

Tema: Via Verde Sépsis (VVS)

População-alvo: Enfermeiros do serviço de urgência central do HSM

Formadora: Filipa Veríssimo

Tutor: Prof^a Patrícia Pontífice

Orientadora: Enf^a Sofia Rocha

Data: 31 de Outubro de 2012

Duração: 20 minutos

Local: Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria

Objetivo geral:

♦ Contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mais especificamente ao doente em sépsis.

Objetivos específicos:

- ♦ Refletir sobre a importância do papel do enfermeiro no reconhecimento rápido do doente em sépsis e do respetivo encaminhamento;
- ♦ Definir as responsabilidades do enfermeiro na aplicação e viabilização da VVS;
- ♦ Sensibilizar a equipa para as normas e diretrizes preconizadas para o reconhecimento atempado da sépsis.

Etapas	Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos.	Expositivo	Computador e projetor multimédia	2 minutos
Desenvolvimento	- Conceitos; - Etiologia da sépsis; - Epidemiologia da sépsis; - Protocolos de atuação; - Estratificação da sépsis; - Via Verde da Sépsis (etapas); - Atuação do enfermeiro no diagnóstico da sépsis.			15 minutos
Conclusão	- Síntese das principais ideias; - Revisão de conceitos.			2 minutos
Avaliação			Questionário	1 minuto

Unidade Curricular Estágio – Módulo I

Serviço de Urgência Central - Hospital de Santa Maria

SESSÃO DE FORMAÇÃO

VIA VERDE SÉPSIS

Orientadora: Enf.ª Sofia Rocha

Tutora: Prof.ª Patrícia Pontífice

31 de Outubro 2012

Filipa Isabel Lopes Veríssimo

Objetivos

□ Geral

- ♦ Contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, mais especificamente ao doente em sépsis.

Objetivos

□ Específicos:

- ♦ Refletir sobre a importância do papel do enfermeiro no reconhecimento rápido do doente em sépsis e do respetivo encaminhamento;
- ♦ Definir as responsabilidades do enfermeiro na aplicação e viabilização da VVS;
- ♦ Sensibilizar a equipa para as normas e diretrizes preconizadas para o reconhecimento atempado da sépsis.

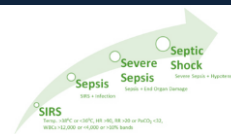
O doente em sépsis

- ⇒ Conceitos
- ⇒ Etiologia
 - ⇒ Epidemiologia
 - ⇒ Protocolos de atuação

O doente em sépsis

- MORTALIDADE**
- **SIRS - (Systemic Inflammatory Response Syndrome)**
Base comum da insuficiência múltipla de órgãos. Conjunto de manifestações sistêmicas que traduzem a resposta sistêmica do organismo à inflamação;
 - SEPSIS**
SIRS provocado por uma infecção.
 - SEPSIS GRAVE**
Sépsis com disfunção de órgãos associados.
 - CHOQUE SEPTICO**
Sépsis grave que cursa com hipotensão, e persiste mesmo depois de feita reposição de volume vascular adequada.
- + ↓

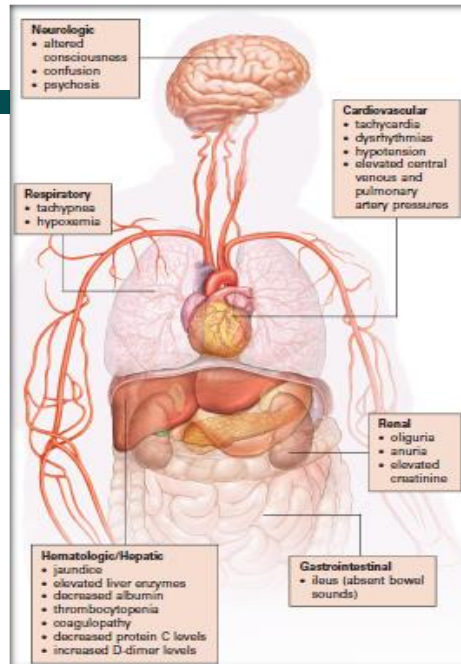
Sépsis



SIRS	Sépsis severa	Choque séptico
<ul style="list-style-type: none">• Temperatura >38,3°C ou < 36°C;• FC >90bpm• Taquipneia >20cpm• Leucocitose (>12 000) ou leucopénia (<4000).	<ul style="list-style-type: none">• Associada com disfunção de órgãos;• Hipotensão (TAs<90mmHg, PAM <65mmHg, ou redução de 40mmHg da leitura habitual;• Lactato>4mmol/L;• Alteração do estado mental;• Hiperglicemia na ausência de diabetes;• Hipoxemia (Sat. O2<93%);• Oligúria (<0,5ml/kg/hr) e/ou um aumento de ureia e creatinina;• Coagulopatia (INR>1,5).	<ul style="list-style-type: none">• Presença de sépsis severa;• Hipotensão;• Aumento dos lactatos que não revertem com reposição de volémia.

Sépsis

Sinais de falência orgânica



Fonte: Kleinpell, Ruth M. (2005, p.44)

Sépsis: Possíveis causas...



- Envelhecimento da população;
- Maior longevidade de doentes crônicos;
- Doentes imunodeprimidos;
- Prevalência das infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Maior recurso a técnicas invasivas.

(DGS, 2010)

Baixas taxas de reconhecimento e diagnóstico!!!

Sépsis - Epidemiologia

Portugal

- Responsável por 22% dos internamentos em UCI;
- Mortalidade 3x superior à morte por AVC em internamento (2007);
- Choque séptico 51%.

EUA

- 780 000 e 920 000 casos por ano de AVC e EAM, respetivamente;
- 751 000 casos/ano sépsis.

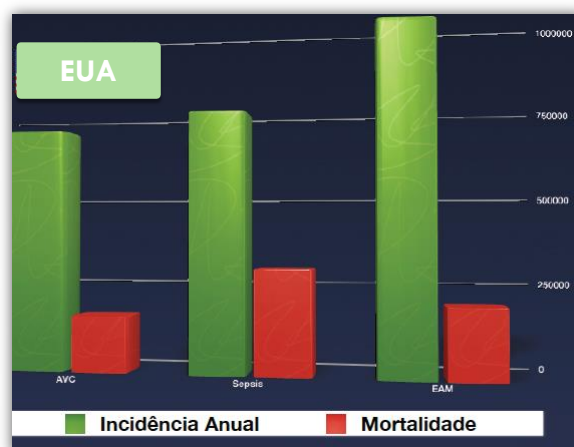
Fonte: DGS (2010)

Mundialmente

- 1,8 milhões de casos por ano.

Fonte: Daniels (2012)

Sépsis- Epidemiologia



Fonte: MERGULHÃO, P. (2012)

Sépsis

O elevado impacto social da sepsis, reconhecido internacionalmente e recentemente evidenciado por dados nacionais



O reconhecimento da capacidade de influenciar o prognóstico desta situação com uma intervenção **adequada e atempada**



Tornam necessário que os sistemas de saúde se adaptem, de modo a responderem de forma apropriada a este problema crescente de saúde pública.


Sépsis

Grave problema de saúde pública!



Necessidade de implementar uma linguagem universal para diagnóstico e tratamento (SSC, 2008)



 **Direcção-Geral da Saúde** Circular Normativa

Assunto: Criação e implementação da Via Verde de Sepsis (VVS) Nº: 01/DGS/DQCO
DATA: 06/01/2010

Para: Todas as Unidades do Serviço Nacional de Saúde

Contacto na DGS: Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional - Miguel Soares de Oliveira

Como mudar o prognóstico?

Identificação e
estratificação
precoce

Terapêutica
adequada

Resuscitation bundle



Sepsis Resuscitation 6 hour Bundle

Obter microbiologia

Medir lactatos

Antibioterapia (120 min)

Administração de fluidos

Conseguir PVC 8-12mmHg

Vasopressores (PAM > 65mmHg)

Oxigénio (ScvO₂ ≥ 70%)

Sepsis Management 24 hour Bundle

Administrar corticóides em doses baixas

Manter glicémias 120-150mg/dl

Administração de proteína C ativada

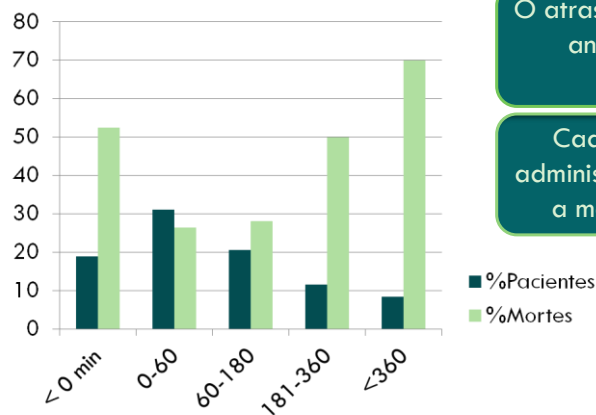
Pressão planalto ≤ 30cm H₂O (em doentes ventilados)

Fonte: Chamberlain, Willis, Bersten (2011).



Sépsis

Atraso na administração de antibióticos e mortalidade



○ atraso na administração de antibióticos diminui a sobrevivência!

○ Cada hora de atraso na administração de AB aumentou a mortalidade em 7,6%.

Fonte: Pérez et al (2012)

Otimização da antibioterapia

□ Timing e apropriação

“Impact of time to antibiotics on survival in patients with severe sepsis or septic shock in whom early goal-directed therapy was initiated in the emergency department”.

Gaieski DF et al. in Crit Care Med (2010, p.1045-53)

- Este estudo demonstra que a administração de antibioterapia adequada na primeira hora após a triagem diminui significativamente a mortalidade de 33 para 20%.
- As diferenças de mortalidade só se revelam significativas quando se considera a antibioterapia apropriada!!!

Sépsis: Vantagens dos protocolos

Pacote de reanimação 6 h

- Conseguir mais de 4 intervenções (qualquer uma delas)
- ↓
- Diminui o risco de vida
 - < tempo de internamento



A sobrevivência é maior com o pacote de 6h do que com o de 24h.

Pacote de 24 horas

- Suscita alguma discordância.
- Embora existam estudos que refiram diminuição do risco de vida nos doentes que receberam intervenções, nem todos evidenciam redução do risco de mortalidade.

Via Verde Sépsis

Uma RESPONSABILIDADE da enfermagem!



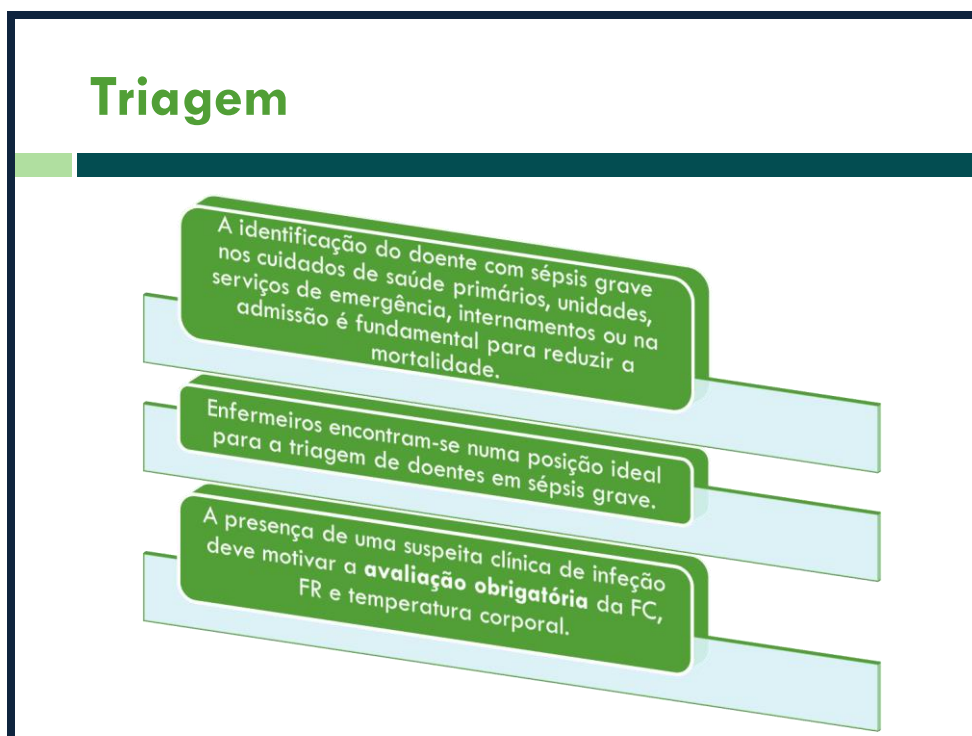
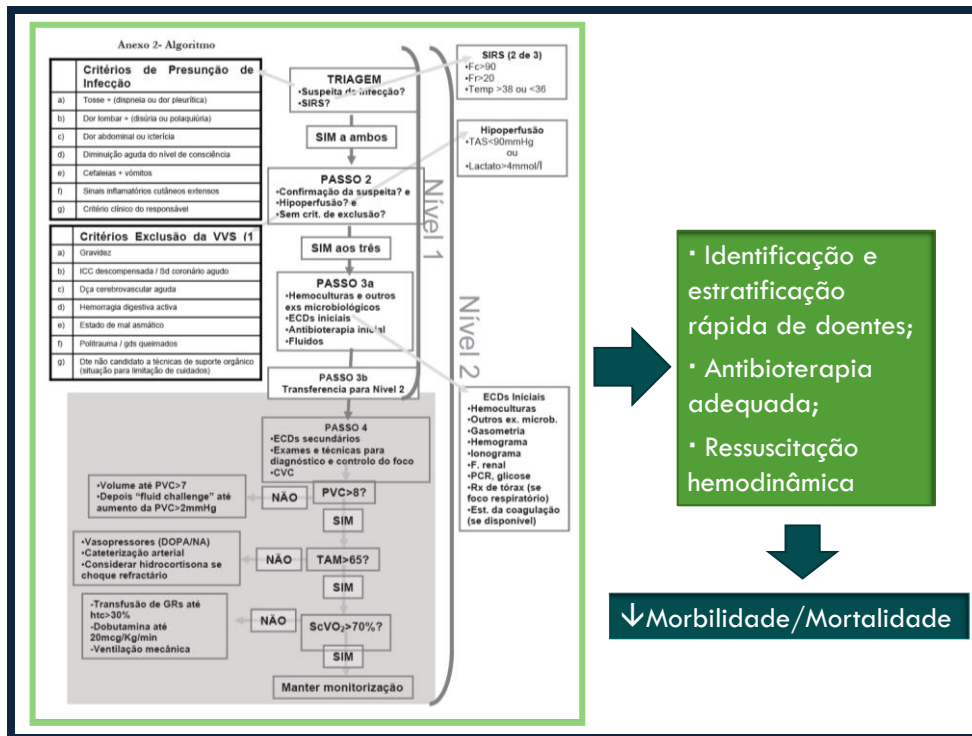
Via Verde Sépsis

- A DGS tem vindo a adaptar as orientações internacionais à nossa realidade, tendo emitido uma Circular Normativa que cria a Via Verde da Sépsis (DGS, 2010).
- Com isso pretende-se dar resposta às necessidades de intervenção precoce na identificação dos casos suspeitos de sépsis.

Via Verde Sépsis

Definidos 2 Níveis de responsabilidade:

- Nível 1: Serviços de urgência SEM Cuidados Intensivos
- Nível 2: Serviços de urgência COM Cuidados Intensivos



Via Verde Sépsis – Passo 1 (triagem)

□ Critérios de presunção de infecção

a)	Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)	
b)	Dor lombar + (disúria ou polaquiúria)	
c)	Dor abdominal ou icterícia	
d)	Diminuição aguda do nível de consciência	
e)	Cefaleias+vômitos	
f)	Sinais inflamatórios cutâneos extensos	
g)	Critério clínico do responsável	

Via Verde Sépsis – Passo 1 (triagem) (cont.)

□ Critérios de SIRS (2 de 3 critérios)

a)	Frequência cardíaca >90bpm	
b)	Frequência respiratória > 20cpm	
c)	T > 38°C ou < 36°C	



Critérios de Presunção de Infecção + Critérios de SIRS (2 ou mais)



CONTATAR CHEFE DE EQUIPA
(extensões 98055/51121)
Desviar para sala de Reanimação 2

Momento do diagnóstico ou “Momento Zero” ⇒ INTERVENÇÃO ESPECÍFICA

Via Verde Sépsis – Passo 2

Confirmação da suspeita?

- SIM (assinalar)

Hipoperfusão?

TA sistólica < 90mmHg

x

Lactatos > 4 mmol/l

x



VIA VERDE DA SÉPSIS

NOTA: a preencher pelo chefe de equipa e/ou médico responsável

Via Verde Sépsis – Passo 3

Assinalar destino do doente: SO Sala de Reanimação SMI

Exames complementares de diagnóstico

a)	Hemograma	
b)	Função renal	
c)	Ionograma	
d)	Glicose	
e)	PCR	
f)	Gasimetria	
g)	Hemoculturas e outros exames bacteriológicos	
g)	Raio X Tórax	
i)	Estudo da coagulação	

Antibioterapia inicial



Flúidos



Via Verde Sépsis

□ Critérios de exclusão

a)	Gravidez	
b)	ICC descompensada/Síndrome coronário agudo	
c)	Doença cerebrovascular aguda	
d)	Hemorragia Digestiva Ativa	
e)	Estado de mal asmático	
f)	Politrauma/Grande queimado	
g)	Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (indicação para limitação de cuidados)	

Como melhorar a nossa intervenção?

Screening patients

Identifying patients with severe sepsis in primary care, emergency departments, wards or admission units is crucial to reducing mortality. In 1997, the American College of Surgeons described the 'golden hour' during which care is crucial if trauma victims are to survive.

PEEL, M. – Care bundles: resuscitation of patients with severe sepsis (2008, p.42)

Os Enfermeiros podem de forma independente melhorar os resultados do impacto da sépsis através do reconhecimento precoce e ativação da VVS.

Como melhorar a nossa intervenção?

Equipa multidisciplinar



Critical Care Medicine:

February 2011 - Volume 39 - Issue 2 - pp 252-258

doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ffde08

Feature Articles

Septic shock: A multidisciplinary response team and weekly feedback to clinicians improve the process of care and mortality*

Schramm, Garrett E. PharmD; Kashyap, Rahul MBBS; Mullon, John J. MD; Gajic, Ognjen MD; Afessa, Bekele MD

Síntese

- O desafio para os profissionais e para as organizações de saúde é de alcançar o reconhecimento inicial, e cumprir com o programa da VVS.
- A adesão ao cumprimento dos protocolos desde a **primeira abordagem**, certamente será um princípio para a melhoria da assistência ao doente em sépsis.

- Maior cumprimento das normas
- Maior sobrevivência
- Menor mortalidade
- Menor tempo de internamento
- Melhores cuidados!!!



Obrigada pela vossa atenção!

Bibliografia

- CHAMBERLAIN, Diane J.; WILLIS, Eileen M.; BERSTEN, Andrew B. - The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. Australian Critical Care. Vol.24 (2011), p.229-243. [Consult. em 7 Out 2012]. Disponível em: <http://apps.webofknowledge.com>. ISSN: 1036-7314
- COELHO, Fernando R.; MARTINS, Joilson O. - Diagnostic methods in sepsis: the need of speed. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 58 (2012), p. 498-504. [Consult. em 27 Set. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 0104-4230.
- DELLINGER, R. P.; LEVY, M. M.; CARLET, J. M. - Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Critical care medicine. Vol.36 (2008), p. 394-1396. [Consult. em 13 Out. 2012]. Disponível em: <http://apps.webofknowledge.com>. ISSN: 0090-3493.
- DIAMENT, Décio et al - Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico – abordagem do agente infeccioso – diagnóstico. Rev Bras Ter Intensiva. Vol.23 (2011), p.134-144. [Consult. em 27 Set 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a04v23n1.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). Circular Normativa Nº: 01/DQS/DQCO (2010), p.1-20.
- GAIESKII, D. F. et al - Impact of time to antibiotics on survival in patients with severe sepsis or septic shock in whom early goal-directed therapy was initiated in the emergency department. Critical Care & Emergency Medicine. Vol. 38 (2010) p. 1045-1053 [Consult. Em 18 Out. 2012].
- KLEINPELL, Ruth M. et al - Working Out the Complexities of Severe Sepsis. The nurse practitioner. Vol. 30 (2005), p.43 - 48

Bibliografia

- LAROSA, Jennifer et al - The use of an early alert system to improve compliance with sepsis bundles and to assess impact on mortality. Critical Care Research and Practice (2012) p.1-8. [Consult. Em 7 Out. 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296210/>.
- MERGULHÃO, Paulo – Sepsis [projecção visual] [2012] 145 diapositivos: color. Comunicação efetuada no âmbito do mestrado ao doente em situação crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- PEEL, Mathew - Care bundles: resuscitation of patients with severe sepsis. Nursing Standard. Vol. 23 (2008) p. 41-46 [Consult. em 7 Out. 2012]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer>.
- SARAIVA, Dora M. R. F. – Abordagem do doente com sépsis/choque séptico: criação e implementação da via verde sépsis. Revista Nursing. N.º272 (2011). p. 8-12.
- SCHRAMM, G. E. et al - Septic shock: a multidisciplinary response team and weekly feedback to clinicians improve the process of care and mortality. Critical care medicine Vol. 39 (2011) p. 252-258 [Consult. em 18 Out. 2012].
- SOONG, J.; SONI, N. - Sepsis: recognition and treatment. Clinical Medicine. Vol. 12 (3) (2012), p. 276-280. [Consult. em 27 Set. 2012] Disponível em: <http://apps.webofknowledge.com/>. ISSN: 1470-2118.
- TAZBIR, Janice - Early recognition and treatment of sepsis in the medical-surgical setting. Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses. Vol. 21 (4) (2012), p. 205-8 [Consult. em 27 set. 2012] Disponível em: <http://apps.webofknowledge.com/>. ISSN: 1092-0811.

APÊNDICE VI

Folha de avaliação da sessão de formação



Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

“VIA VERDE SÉPSIS”

O presente questionário tem como objetivo avaliar a satisfação dos enfermeiros em relação à ação de formação realizada sobre o tema “Via Verde Sépsis”.
É constituído por 8 itens, sendo que para a avaliação de cada item temos uma escala de 0 a 4 sendo que: 1 - Insuficiente, 2-Suficiente, 3 – Bom e, 4- Muito Bom.
O preenchimento do questionário é voluntário e anónimo.

Assinale com uma cruz ☒ a resposta que melhor se ajuste à sua opinião.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
	4	3	2	1
1 – Divulgação da sessão de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Adequação do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Duração da sessão de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Conteúdos temáticos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Clareza, fluidez e compreensão dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Metodologia utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Pertinência do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 – Aplicabilidade na prática profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões _____

Obrigado pela sua colaboração!

Filipa Veríssimo

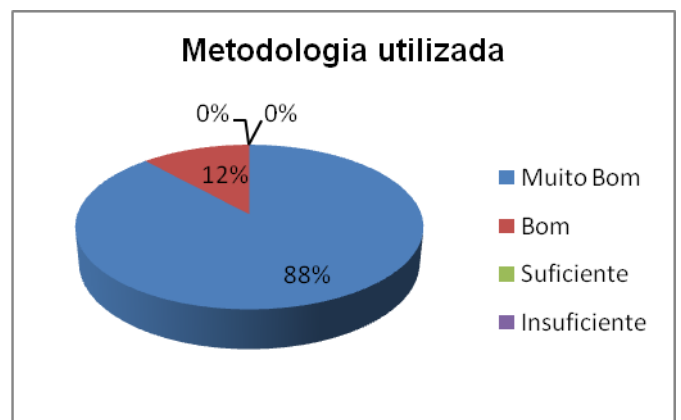
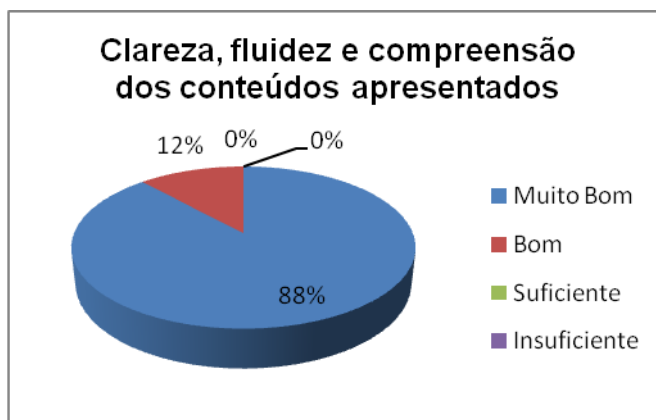
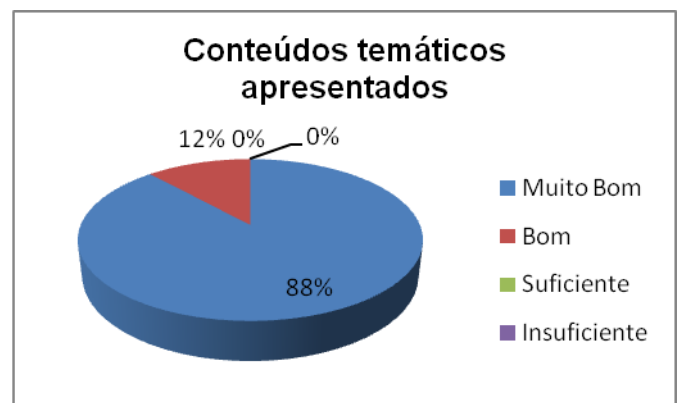
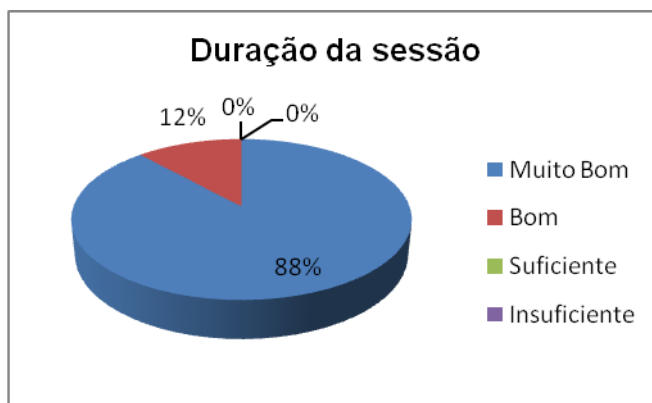
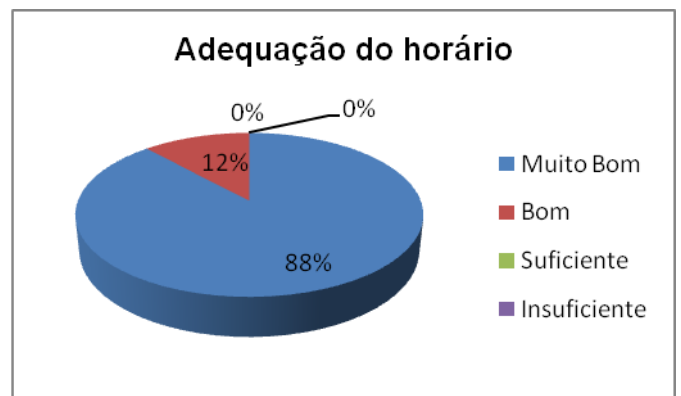
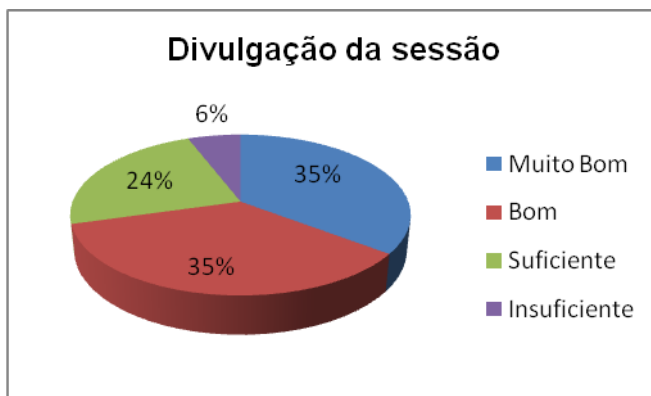
APÊNDICE VII

Resultados da avaliação da sessão de formação

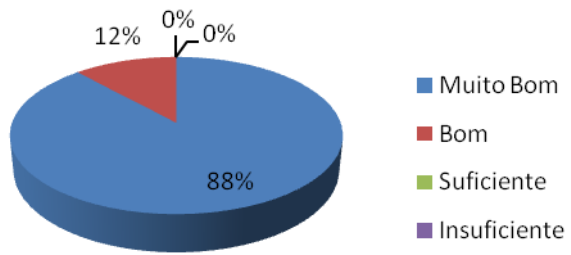
Resultados da Sessão de Formação

“VIA VERDE SÉPSIS”

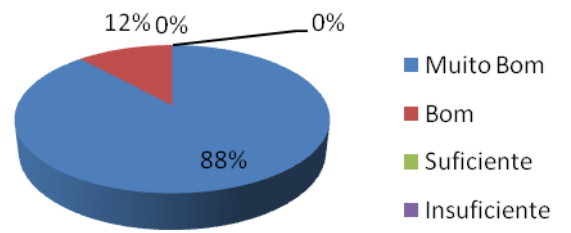
Assistiram à ação de formação dezassete (17) enfermeiros, e todos responderam ao questionário composto por 8 itens, no sentido de obter opinião crítica sobre a acção de formação realizada.



Pertinência do tema



Aplicabilidade na prática profissional



APÊNDICE VIII

Resumo do artigo “O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidados”

O processo de comunicação enquanto instrumento essencial à prática de cuidado humanizado à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência

The communication process as an essential tool to the practice of Humanized care to people in critical condition and their families in the context of emergency

Filipa Isabel Lopes Veríssimo* (fiverissimo@hotmail.com)

Patrícia Cruz Pontífice-Sousa**

*Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E – Hospital Pulido Valente.

**Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

RESUMO

O presente artigo consiste numa revisão da literatura, centrada na comunicação com o doente crítico e sua família em contexto de urgência.

A comunicação surge como uma ferramenta essencial à sustentabilidade das intervenções de enfermagem, uma vez que engloba todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos e emoções. Isso torna-a num instrumento básico e fundamental nas relações humanas, através do qual se estabelece uma relação de confiança que torna possíveis as ações de enfermagem e contribui decisivamente para a humanização dos cuidados. É no ato de comunicar que nos socializamos, que podemos escutar, compreender e ajudar o doente/família numa relação que viabilize um atendimento humanizado e personalizado de acordo com as suas necessidades. Porém, nalgumas situações, a doença sobreleva-se ao interesse pela pessoa que a desenvolve observando-se uma valorização do fazer em detrimento do ser humano fragilizado pela doença e consequente hospitalização.

Então, quando falamos na visão holística do doente, importa perceber se ela é realmente aplicada num ambiente envolto em alta tecnologia, onde os profissionais interagem constantemente com o limiar da vida e da morte. A bibliografia consultada mostra-nos que essas mesmas dificuldades podem ser minimizadas ou até superadas através do aperfeiçoamento de estratégias comunicacionais adequando-as a cada doente em particular.

Palavras-chave: comunicação; humanização dos cuidados; serviço de urgência; doente crítico.

ABSTRACT

This article consists of a literature review, focused on the communication with the patient and his family in critical emergency context.

Communication is an essential tool for the sustainability of nursing interventions, since it encompasses all forms of exchange of ideas, feelings and emotions. It becomes therefore a basic and fundamental instrument in human relations, through which one establishes a relationship based on trust that makes nursing actions possible and contributes decisively to the humanization of care. It is in the Act of communicating that we socialize, that we can listen, understand and help the patient/family within a relationship that enables humanized care that is customized according to their needs. However, in some cases, the disease overshadows the interest in the person who develops it, which leads to valuing the 'doing' above the human being weakened by illness and their subsequent hospitalization.

Speaking of the holistic view of the patient, it is important to understand if it is truly applied in an environment surrounded by high technology, where the professionals constantly interact with the threshold of life and death. The examined bibliography shows us that these same difficulties can be minimized or even overcome by improving communication strategies adapted to each particular patient.

Keywords: communication; humanization of care; emergency department; critical patient.

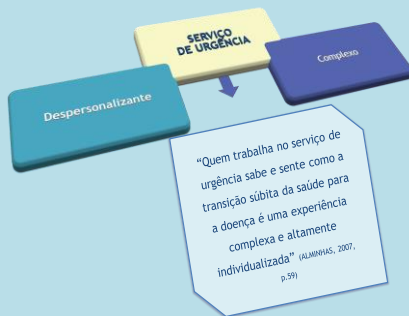
APÊNDICE IX

Poster “O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência”

O CONFORTO COMO EXPRESSÃO DO CUIDADO HUMANIZADO AO DOENTE EM CONTEXTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A pessoa em situação crítica, na maioria das vezes depende totalmente dos profissionais que a assistem e, vê-se incondicionalmente obrigada a depositar no serviço e nos profissionais de saúde, toda a confiança e esperança para a sua recuperação.

É neste momento que se cria uma ligação entre a equipa de saúde e a pessoa doente e seus familiares, principalmente por este ser um espaço caracterizado por dor e sofrimento.



Cabe ao enfermeiro ter a "subtileza necessária para fazer de cada encontro e de cada cuidado prestado, (...) uma ocasião propícia para ajudar e proporcionar conforto" (RIBEIRO E COSTA, 2012, p.150)

O CONFORTO consiste numa experiência imediata e holística, consolidada pela satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (KOLCAGA, 1994).

A maximização do conforto surge também como uma das ações terapêuticas contidas no processo de *Fazer por*, propostas na teoria do cuidar (SWANSON, 1991). Aquilo que o enfermeiro faz pelo outro é o que este faria caso lhe fosse possível, por meio de uma atitude de conforto, proteção e antecipação das necessidades, embora sempre consciente da preservação da dignidade e do bem-estar do outro. Depois enfatiza-se o *Estar com*, no qual o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunica disponibilidade e partilha sentimentos.

Cuidar num serviço de urgência significa "ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente" (ALMINHAS (2007, p.60)

CONFORTAR... A ARTE DE QUEM CUIDA!

"O cuidado confortador é alicerçado no aumento do conhecimento e sentido de reconhecimento do cliente, na diminuição da imprevisibilidade das respostas e recursos, e na diminuição das agressões pelo que o rodeia" (OLIVEIRA, 2011, p.15).

A manifestação da necessidade de proximidade entre as pessoas, no contexto da humanização, requer uma postura de valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural ou técnico-científico, para que de facto se construa uma ação efetiva de humanização.



- Na promoção do conforto devem estar implícitos:
- Reconhecimento do doente
 - Respeito
 - Sensibilidade
 - Compromisso
 - Preocupação
 - Proximidade física e afetiva
 - Comunicação
 - Toque
 - Humor
- RIBEIRO E COSTA (2012)

Os enfermeiros agem e interagem com autonomia cuidando dos doentes, procurando responder às suas necessidades através de intervenções interdependentes, mas essencialmente e de forma mais evidente adotando um CUIDADO HOLÍSTICO E HUMANIZADO, mobilizando todo o seu saber, as suas capacidades e competências para estabelecer uma relação de ajuda com os doentes, e minimizando o impacto que as particularidades do serviço de urgência lhes provocam.

BIBLIOGRAFIA: ALMINHAS, Sílvia Manuel Paço - Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. Revista Sinais-Vitalis, Coimbra, ISSN 0872-8844, N.º75 (2007), p.57-60; GALLO, A. M.; MELLO, H. C. - Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Revista Fisiocritica, Aquirazano PR (em linha), Vol.5 n.º1 (2009), p.1-11. [Consult. em 13 Out. 2012]; ANDRADE et al - Atendimento humanizado nos serviços de emergência no contexto do gerenciamento. Revista eletrônica de enfermagem, Vol. 11, n.º1 (2009), ISSN 1918-1944, p.151-157; KOLCAGA, K. Y. - A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing, Vol. 19, Nº 1194, ISSN: 0269-2422, p. 1178-1184; OLIVEIRA, C. S. - O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção cancelando barreiras. Tese de doutoramento em enfermagem. Porto, Nova L., C. CONECSKO, Ana F. - Os enfermeiros na gestão do conforto. Revista Sinais Vitalis, Coimbra, N.º80 (2008), ISSN 0872-8844, p.1-12; RIBEIRO, Patrícia C. P. S. V.; COSTA, Nélia A. M. - O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributo para uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, ISSN: 0874-0283, N.º7 (2012), p. 149-158; SWANSON, K.M. - Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research, Vol.40, Nº3 (maio-junho 1991), p. 161-166.

AUTORES: Filipa Veloso¹; Sofia Rocha²; Patrícia Rofreite Sousa³

¹Área de Recurso Profissional em Enfermagem/Módulo Cirúrgico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa; ²Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Hospital de Santa Maria - Serviço de Urgência Central); ³Professora Adjunta do ICS da Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICE X

Resumo do poster “O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência”

FICHA DE RESUMO

MODELO PARA CANDIDATURA A APRESENTAÇÃO COMUNICAÇÃO

Tipo de Comunicação (elimine a que não se aplique): PÓSTER
Título: O conforto como expressão do cuidado humanizado ao doente em contexto de urgência/emergência.
Identificação dos Autores (Dados obrigatórios: Nome Local de trabalho (Inst./Serv.) Contactos (Tlm e E-mail) Filipa Isabel Lopes Veríssimo*; Sofia Rocha**; Patrícia Cruz Pontífice Sousa*** *Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Contactos: 966536123/219731009 E-mail: fiverissimo@hotmail.com ** Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico- Cirúrgica (Hospital de Santa Maria – Serviço de Urgência Central) *** Professora Adjunta do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa de Lisboa
Problema (Identificação da situação Formulação da questão) A escolha do tema justifica-se pela necessidade de atender às necessidades e à integridade de cada pessoa e conseguir ultrapassar uma dinâmica, geralmente complexa, tensa e traumatizante inerente ao serviço de urgência, através de medidas promotoras do conforto que traduzam uma prática de cuidados holística e humanizada. A partir da identificação da situação, surge-nos a seguinte questão: - De que forma o conforto ao doente é expressão de um cuidado humanizado?
Objectivo (s) ▪ Refletir sobre a importância do conforto como expressão do cuidado humanizado, ao doente em contexto de urgência/emergência.
Metodologia (amostra Recolha da informação Instrumentos Tratamento de dados/análise da informação) Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma metodologia reflexiva e pesquisa bibliográfica.

Principais Resultados

O trabalho nos hospitais, sobretudo no cuidado ao doente crítico, está mais vocacionado para o diagnóstico e tratamento da doença. Cada vez mais exige-se dos enfermeiros aptidões no manuseamento de equipamentos de alta tecnologia, havendo uma nítida tendência para sobrevalorizar o curar em detrimento do cuidar, penalizando-se assim a relação entre o profissional de saúde, o doente e a sua família.

De facto, “quanto mais avançamos no conhecimento e nas capacidades de intervenção mais nos aproximamos das situações limites, com inerentes dificuldades acrescidas de decisão, porque se nos impõem o confronto entre o nosso saber científico, o nosso querer como pessoas e o bem do doente” (Neves; Coelho; Lopes; 2007, p.37).

Nas palavras de Pacheco (2002, p.34), aquilo que deve imperar são a competência técnica em simultâneo com a sensibilidade afetiva, uma vez que “O verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica”.

A pessoa em situação crítica, na maioria das vezes depende totalmente dos profissionais que a assistem, e vê-se incondicionalmente obrigada a depositar no serviço e nos profissionais de saúde, toda a confiança e esperança para a sua recuperação. É neste momento que se cria uma ligação entre a equipa de saúde e a pessoa doente e seus familiares, principalmente por este ser um espaço caracterizado por dor e sofrimento. O enfermeiro deverá ter assim “a subtilidade necessária para fazer de cada encontro e de cada cuidado prestado, (...) uma ocasião propícia para ajudar e proporcionar conforto” (Ribeiro e Costa, 2012, p.150).

O conforto aparece como conceito relevante em várias teorias, nomeadamente com Kolcaba (1994), para quem o conforto é “uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto” (Tomey e Alligod, 2004, p.484). A teórica (2001) considera ainda como sendo uma experiência imediata e holística, consolidada pela satisfação das necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade específica foi satisfeita; a tranquilidade corresponde a um estado de calma ou satisfação e a transcendência diz respeito ao estado no qual a pessoa sente que tem potencial para superar os seus problemas ou o seu sofrimento. Ao estabelecer estes estados, Kolcaba ajuda-nos a encontrar informações úteis à compreensão da pessoa nas diferentes dimensões da sua vida (Pinto e Conceição, 2008).

Considerando assim a imprevisibilidade, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância constante, a sobrecarga física e a busca incessante pela manutenção da vida, será possível pensar num cuidado mais humanizado e confortador no âmbito da urgência/emergência?

Este é o grande desafio para as práticas de enfermagem, que devem atender à integridade de cada pessoa e conseguir ultrapassar uma dinâmica, geralmente complexa, tensa, desgastante e traumatizante, que corrobora para que as relações entre as pessoas nem sempre sejam pautadas pelo respeito e pela compreensão.

Dessa forma, tornam-se possíveis práticas que contemplem as necessidades e minimizem o sofrimento de pessoas que, num determinado momento de suas vidas, necessitam de um atendimento complexo e especializado em saúde.

Cuidar num serviço de urgência significa “ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente” (Alminhas, 2007, p.60).

Desde a admissão que o doente e família ficam sujeitos a uma rotina diferente, num ambiente e pessoas desconhecidas, podendo dar origem a um processo de despersonalização. Alminhas (2007) afirma mesmo que o serviço de urgência, pelas características que lhe são intrínsecas, pode ser por si só indutor de desumanização dos cuidados prestados.

Geralmente, a necessidade de atuar rapidamente, o elevado número de doentes admitidos e o seu curto internamento, na maioria das vezes inesperado, condicionam a nossa relação de ajuda. Cabe a nós contrariar estes factos, e ao invés de resumir a nossa atuação à prática de técnicas especializadas, devemos dar prioridade ao diálogo franco e contínuo entre o doente e a família, que nos permita o reconhecimento das suas necessidades, fundamental para manter a dignidade.

Perante o doente em situação crítica, é necessário ter consciência de que mesmo face à impossibilidade de cura continua existindo a pessoa, afinal “respeitar a vida não é só defendê-la com o progresso dos nossos conhecimentos, mas também aceitar que a morte é, às vezes inevitável” (Alminhas, 2007, p.60).

Assim, para que o sofrimento humano e as percepções da dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o doente expressa sejam reconhecidas pelo outro. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, desumanizamo-nos reciprocamente, pois a humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes.

Na promoção do conforto, devem ainda estar implícitos princípios, atitudes e capacidades do enfermeiro, que revelem “o reconhecimento do doente, o respeito, a sensibilidade, o compromisso, a preocupação, o conhecimento (...), a proximidade física e afetiva, a comunicação, o toque e o humor” (Ribeiro e Costa, 2012, p.155).

Assim sendo, a maximização do conforto é o resultado desejado decorrente das intervenções de enfermagem, surgindo também como uma das ações terapêuticas contidas no processo de *fazer por*, propostas na teoria do cuidar (Swanson, 1993). Por conseguinte, aquilo que o enfermeiro faz pelo outro é o que este faria caso lhe fosse possível, por meio de uma atitude de conforto, proteção e antecipação das necessidades, embora sempre consciente da preservação da dignidade e do bem-estar do outro. Ainda sob a perspectiva de Swanson (1991), enfatizamos o *Estar com*, que se caracteriza por uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, comunica disponibilidade e partilha sentimentos. No fundo, caracteriza-se pela capacidade de tornar-se emocionalmente aberto para a realidade do outro.

De facto, para atender a cada pessoa, é indispensável a construção de um processo relacional que acompanhe as suas vivências tendo sempre presente como atitudes fundamentais a sinceridade, a espontaneidade, a disponibilidade, o respeito, e a aceitação incondicional para fomentar uma relação de confiança e o alívio do sofrimento (Sales & Silva, 2011).

Sabendo nós que o serviço de urgência, por si só, provoca nos doentes alguns medos, inseguranças, angústias e ansiedade, é perante estas situações, que o verdadeiro papel do enfermeiro da urgência se diferencia dos demais profissionais da equipa multidisciplinar. Os enfermeiros agem e interagem com autonomia cuidando dos doentes, procurando responder às suas necessidades através de intervenções interdependentes, mas essencialmente e de forma mais evidente adotando um cuidado holístico e humanizado, mobilizando todo o seu saber, as suas capacidades e competências para estabelecer uma relação de ajuda com os doentes, e minimizando o impacto que as particularidades do serviço de urgência lhes provocam (Gallo & Mello, 2009).

Conclusões

É dos cuidados técnicos e humanizados desenvolvidos pelos enfermeiros do serviço de Urgência, especificamente nas situações em que é necessária a prestação direta e imediata de cuidados a doentes de médio e alto risco, que dependem muitas vidas. Neste contexto, a presença do enfermeiro assume-se como uma mais-valia, pois mesmo quando confrontados com a necessidade de agir e tomar decisões com responsabilidade e eficácia, não abdicam de prestar cuidados de qualidade visando o máximo conforto do doente.

Lista Bibliográfica relacionada com o assunto (De acordo com a NP-405)

- ALMINHAS, Sílvia Manuel Pação – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º75 (2007), p.57-60.
- APÓSTOLO, João Luís – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º9 (2009), p. 61-67.
- PINTO, Vanda L. C. M.; CONCEIÇÃO, Ana P. – Os enfermeiros na espiral do conforto. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N.º80 (2008), p.5-12.
- GALLO, A. M.; MELLO, H. C. - Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. Revista F@pciência, Apucarana-PR [em linha]. Vol.5 n.º1 (2009). p.1-11. [Consult. em 13 Out. 2012]. Disponível em: http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao_2009/001.pdf. ISSN 1984-2333.
- KOLCABA, K. Y. – A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol.19, N.º6 (junho 1994). [Consult. em 15 de dezembro de 2011, às 15h30]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>. ISSN: 0309-2402.
- NEVES, Adriana M. P.; COELHO, Carla Q.; LOPES, Maria G. T. – Reanimação: o Tecnicamente possível e o eticamente aceitável. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-0844. 70 (2007) p.35-37.
- OLIVEIRA, Célia S. – A Experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. **Pensar Enfermagem**. ISSN: 0873-8904. Vol.12, n.º1 (2008). p. 2-13.
- OLIVEIRA, C. S. – **O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões**. Lisboa: Universidade de Lisboa. 2011. 213p. Tese de doutoramento em enfermagem.
- PACHECO, Susana - **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. (2ª ed.). Loures: Lusociência, 2004. 152p. ISBN 972-8383-30-4.
- RIBEIRO, Patrícia C. P. S. V.; COSTA, Maria A. M. – O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. N.º7 (2012). p.149-158
- SALES, Catarina A.; SILVA, Vladimir A - The nurse's role in the humanization of care in the hospital. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol.10 n.º1 (2011) p.66-73. [Consult. 9 Jul. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a09v62n6.pdf>.
- SWANSON, K.M. – Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**. Vol.40, N.º3 (maio-junho 1991), p. 161-166.
- TOMEY, A. M.; ALLIGOD, M. R. – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)**. 5ªedição. Loures: Lusociência. 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6.