



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cuidar do doente crítico com dignidade... uma responsabilidade, um compromisso!

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 Daniela Filipa Vinhas Fernandes

LISBOA, Junho, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cuidar do doente crítico com dignidade... uma responsabilidade, um compromisso!

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 Daniela Filipa Vinhas Fernandes

Sob orientação da Professora Patrícia Pontífice

LISBOA, Junho, 2013

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do plano curricular do Curso de Mestrado Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e pretende evidenciar o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular Estágio, que se concretizou na minha passagem por diferentes contextos clínicos, um primeiro momento correspondente ao módulo III, que desenvolvi no âmbito dos Cuidados Paliativos e um segundo, correspondente ao Módulo I, que decorreu no Serviço de Urgência, perfazendo um total de 360 horas

Em cada um dos módulos a minha prestação centrou-se nos cuidados ao doente crítico e família, tendo sempre subjacente o respeito pela dignidade da vida humana. Partindo deste pressuposto procurei junto das equipas com quem trabalhei sensibilizá-las para a adoção de boas práticas no cuidado ao doente crítico ou em fim de vida, contemplando a família em todo o processo de doença.

Na realidade, tomando como referência o conceito dignidade que é transversal aos dois contextos clínicos, foram definidos objetivos e estabelecidas estratégias que contemplem esta trilogia referente ao processo de cuidados, ou seja, o período de transição saúde-doença, que a pessoa vivencia e, depois o contato com a proximidade e inevitabilidade da morte.

Deste modo, procurarei manter uma linha de continuidade e coesão à medida que vou explanando as minhas experiências, tendo como suporte alguns referenciais teóricos e com recurso a uma metodologia descritiva e analítica. No que concerne à sua estrutura, encontra-se organizado em quatro partes, tendo sempre por base o projeto de estágio.

Perante o descrito, este relatório pretende não só ser demonstrativo das competências adquiridas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente adulto e idoso em estado crítico, mas e sobretudo ser representativo de uma prática refletida que se constrói a partir de um olhar mais crítico sobre as experiências vivenciadas durante este percurso de intenso e proveitoso contato com diferentes realidades.

ABSTRACT

This report appears on the curricular plan of professional master's degree course, in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, and aims to highlight the work done in the curricular unit stage, which materialized in my passage through different clinical contexts, a first time corresponding to module III, which developed in the context of palliative care and a second, corresponding to the module I, which took place in the emergency room, for a total of 360 hours.

In each one of my modules provide focused on critical patient care and family, always having underlying respect for the dignity of human life. Based on this assumption searched with the teams I have worked with and give them to the adoption of best practices in critically ill or end-of-life, contemplating the family throughout the disease process.

In reality, taking as a reference the concept of dignity that is cross two clinical contexts, goals were defined and established strategies that contemplate this trilogy for the care process, i.e. the transition period health-disease, that the person is experiencing and, after contact with the proximity and inevitability of death.

In this way, I will try to maintain a line of continuity and cohesion as reporting my experiences, some theoretical references and support using a descriptive and analytical methodology. With regard to its structure, is organised in four parts, with the stage project.

Before the described, this report should not only be statement of skills acquired in the provision of specialized nursing care to adult and elderly patient in critical condition, but above all be representative of a practice reflected that is built from a more critical look on the experiments experienced during this journey of intense and fruitful contact with different realities.

A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.

John Ruskin

AGRADECIMENTOS

Às Sr.^{as} Professoras Patrícia Pontífice e Georgeana Marques, pelo seu contributo para o meu desenvolvimento nesta área e pela sua disponibilidade e força que me deram nos momentos de maior desânimo.

Ao José Fernandes, Dionísia Fernandes e à Filipa pelo encorajamento persistente e expressão de sincera amizade, que sabiamente constituíram fonte de incentivo permanente.

Aos meus Pais e Avó, pelas suas lições de vida, pelo seu esforço e sacrifício incondicional ao longa da sua vida.

À querida Irmã, Maria João com o seu amor, alegria e sentido de humor muito contribuiu para a minha Saúde Mental.

Aos meus amigos pelo apoio, pelas ajudas e por tudo que ficou adiado.

A todos o meu sincero Obrigado!

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Sala de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAC – Tomografia Axial Computorizada

VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	19
2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO	29
2.1. MÓDULO III – CUIDADOS PALIATIVOS.....	32
2.2. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	36
3. CONCLUSÃO	45
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICES	51
APÊNDICE I - Cartaz da Sessão de Formação.....	53
APÊNDICE II - Poster “Humanização da Dor e do Sofrimento” e respectivo Resumo.....	57
APÊNDICE III – Resumo do artigo em publicação “Humanização da Dor e do Sofrimento”.....	63
APÊNDICE IV - Cartaz e Plano de Sessão da Formação “Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas - Manuseamento dos mesmos em Situações de Emergência”..	67
APÊNDICE V - Sessão de Formação “Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas - Manuseamento dos mesmos em Situações de Emergência”.....	73
APÊNDICE VI - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação “Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas - Manuseamento dos mesmos em Situações de Emergência”.....	85
APÊNDICE VII - Plano da Sessão de Formação “Doente em Fim de Vida – Uma Abordagem Ética”.....	89
APÊNDICE VIII - Sessão de Formação “Doente em Fim de Vida – Uma Abordagem Ética”.....	93
APÊNDICE IX - Questionário de Avaliação da Sessão “Doente em Fim de Vida – Uma Abordagem Ética”.....	105
ANEXOS	109
ANEXO I - Certificado do Poster Apresentado “Humanização da Dor e do Sofrimento”.....	111
ANEXO II - Certificado do Artigo Publicado “Humanização da Dor e do Sofrimento”.....	115

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem caminha no sentido de uma abordagem assistencial cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, preservando a dignidade e a singularidade da pessoa recetora desses mesmos cuidados. Como tal, importa o utilizar as capacidades que intervêm na nossa prática, com flexibilidade e motivação, para que as nossas respostas reflitam uma visão sistémica sobre o doente e se ajustem a uma intervenção holística.

Hoje, qualquer campo profissional exige uma atualização constante dos seus saberes e das formas de enquadramento da ação. De nós enfermeiros espera-se que nos dotemos de competências para lidarmos com uma realidade instável, resolver problemas de carácter imprevisível e tomar decisões acertadas em tempo útil.

A prática dos cuidados de enfermagem implica assim competência técnica, relacional e formativa traduzindo-se na melhoria da qualidade no atendimento à pessoa, em todas as suas dimensões. Segundo LE BOTERF (1994, p.41) o termo competência é definido como “um saber mobilizar em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos através da formação (...) saber aplicá-las (...) saber integrar (...) e saber transferir”. Abrange necessariamente o saber, saber fazer, saber estar e saber ser. Assim sendo, competência representa a união de saberes nos cuidados de enfermagem, atendendo às vertentes técnica, científica e relacional da profissão (DOMINGOS, 2008).

O REPE define o enfermeiro especialista, como *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (DECRETO-LEI nº 161/96, Artigo 4º, alínea 3).

O desafio que hoje é colocado aos enfermeiros é o de construir percursos de desenvolvimento profissional onde os títulos de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista sejam estruturados numa lógica de reconhecimento de competências, onde a experiência profissional, sustentada na prática reflexiva e em momentos formais de aquisição de conhecimentos, tenha como finalidade última a qualidade dos cuidados.

Mas falar na qualidade dos cuidados, implica necessariamente falar de respeito, de dignidade “...aquela que surge dos nossos atos (...) do nosso próprio agir” (RENAUD, 2004, p. 214), e que deve ser mais que jurídica eticamente defendida.

O presente trabalho enquadrado no Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pretende evidenciar o percurso vivenciado em cada contexto da prática clínica; descrever e fundamentar as atividades realizadas tendo em vista a consecução dos objetivos traçados, e refletir de forma crítica e construtiva sobre todo o percurso de aprendizagem, que tem como finalidade última o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas nos cuidados ao doente crítico e sua família.

Atendendo a que os módulos não foram precedentes entre si, exige que sejam apresentados respeitando a ordem cronológica da sua consecução. Assim sendo, o primeiro período de prática clínica, decorrido entre 23 de Abril de 2012 até 23 de Junho de 2012, correspondeu ao módulo III – opcional e teve lugar na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Mar - Piso 0. Esta minha opção prendeu-se sobretudo com o meu interesse pessoal e profissional por esta área, e por sentir necessidade de adquirir, aprofundar e mobilizar saberes/conhecimentos na área do cuidar do doente/família em fim de vida. A escolha pelo Hospital do Mar prende-se com as reconhecidas competências técnicas e humanas, aliadas a umas adequadas instalações hoteleiras, o que faz desta unidade de Cuidados Paliativos um local de referência no cuidar do doente em fim de vida.

O segundo período, correspondente ao módulo I decorreu no SUG do HSFX entre 20 de Setembro de 2012 e 10 de Novembro de 2012. A escolha deste serviço como local de prática clínica prende-se com o fato de ser um serviço onde poderia contactar com contextos assistenciais complexos que me permitissem o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção e por ser um referencial na abordagem ao doente em situações urgentes/emergentes.

Relativamente ao módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios, fora-me creditado devido à minha experiência profissional no Serviço de Especialidades Médicas do Hospital Fernando Fonseca, E.P.E onde exerço funções desde 2008.

Na análise de cada um destes módulos em particular, utilizei a metodologia descritiva, com recurso à pesquisa bibliográfica e à análise reflexiva do percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de prática clínica.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se organizado em três pontos: num primeiro ponto, a revisão sistemática da literatura, que faz alusão ao tema central e transversal aos dois estágios, referindo-me ao respeito pela dignidade humana quer no cuidado ao doente em situação crítica de carácter urgente/emergente quer na abordagem ao doente em fim de vida. Num segundo ponto procedo à descrição crítica e reflexiva do percurso desenvolvido referente a cada um dos módulos de prática clínica e, num terceiro ponto, a conclusão, que surge como síntese do trabalho desenvolvido, propondo algumas sugestões e mencionando as dificuldades sentidas.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

No nosso dia-a-dia, nos cuidados que prestamos às pessoas de quem cuidamos, a dor é um elemento presente e central que nos recorda da vulnerabilidade do ser humano e nos coloca em confronto com a impotência. É um dos sintomas mais desestabilizadores e frequentes em doentes com doença crônica, progressiva e incurável nos seus estádios mais avançados, aumentando a sua prevalência e intensidade ao longo das últimas semanas de vida.

De acordo com as autoras SMELTEZER e BARE (2005), a dor é um dos sintomas mais temidos no final da vida, constituindo um desafio para os profissionais de saúde, que lidam com ela, diariamente, não só representa uma preocupação, como nos compele a refletir sobre a mesma. PEREIRA (2006) refere que, a dor está presente em 50% dos doentes, no entanto quando nos referimos à fase final de vida, a dor atinge uma prevalência de 75 a 85%.

A dor é um fenómeno intrigante que tem merecido a particular atenção de várias ciências nas últimas décadas, das quais se destacam a Anatomia, a Fisiologia e a Farmacologia e sobre o qual “*o esforço convergente de investigadores de variada formação, mais frutos tem dado*” (LOBO ANTUNES, 1995, p.12). De fato, a descoberta das vias de administração da dor, das bases bioquímicas envolvidas na resposta aos estímulos nociceptivos e dos mecanismos responsáveis pela modulação da resposta dolorosa, constituíram avanços notáveis na compreensão da experiência da dor.

Contudo e, apesar dos avanços verificados tal como PESUT e MCDONALD (2007) referem, as crenças que ainda hoje persistem em relação à dor parecem ter maior relação com as suas raízes ancestrais do que com os conhecimentos científicos alcançados ” *ainda hoje, passo muito do meu tempo explicando aos doentes (...) que me dizem simplesmente – Isto é da idade, não há nada a fazer – (...) que na realidade há ainda muito a oferecer*” (LOBO ANTUNES, 1995, p.14).

Embora o modelo biomédico, para o qual, segundo PESUT e MCDONALD (2007), muito contribuíram as ideias propostas por descartes de que o corpo e a mente seriam duas substâncias distintas, deu resposta às grandes questões de saúde daquela altura, mas levaram à crença de que tudo o que não fosse possível objetivar, não seria verdadeiro, o que implicava que qualquer expressão subjetiva da dor que não pudesse

ser empiricamente verificada, não era considerada real, exceto na mente dos que sofriam. Mas como VALENÇA (1995, p.39) refere a *“dor não é um fenómeno de simples causa-efeito”* e a sua abordagem proprosta pelo modelo biomédico começa a ser contestada à medida que as suas limitações se tornam evidentes. De acordo com MARTIM e AMBROSE (2007, p.125) *“a dor nem sempre tem uma causa física evidente (...) a sua intensidade não é necessariamente proporcional á lesão física e o tratamento da lesão física nem sempre alivia a dor”*.

Para PESUT e MACDONALD (2007), a “teoria do portão”, proposta por MELZACK e WALL em 1965, constitui a chave da mudança de paradigma na compreensão da dor ao considerar que existem fatores psicológicos, emocionais e comportamentais que podem potenciar ou diminuir a dor. Esta ideia é reforçada por PIMENTA e FERREIRA (2006), quando descrevem que a dor para além da nociceção (lesão), outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais têm influência na génese e na expressão da queixa.

A evolução do conceito do conceito de dor ao longo dos tempos tem legitimado a experiência da pessoa que vive a dor. E por isso, não nos é difícil hoje aceitar que a dor não é um fenómeno que se limita ao biológico, mas uma experiência multidimensional moldada por uma variedade de influências. Segundo LOPES (1995, p.95) *“viver em dor não é só ter uma dor, mas é também sofrer reações emocionais consequentes a alterações duma forma de vida até aí saudável”*.

A dor é, um fenómeno complexo que exige uma intervenção multiprofissional e uma abordagem multidimensional no controlo e alívio da mesma. Tal como a OE menciona (2008, p.11), *“enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contato, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controle da dor”*.

Ainda que o tratamento farmacológico seja unanimemente aceite como primeiro recurso no controlo e alívio da dor, a utilização de métodos não farmacológicos parece começar a ser utilizada. Os termos tratamento não farmacológico, terapias complementares ou alternativas designam uma abordagem não tradicional do alívio e controle da dor. Não pretendem substituir o tratamento farmacológico, mas sim atuar como complemento.

Dada a reduzida investigação feita no âmbito da apropriação e utilização das terapias complementares pelos enfermeiros no controlo e alívio da dor em doentes em fim de vida e atendendo à importância que parece ter na consecução do conforto e bem-estar,

pensamos ser pertinente refletir acerca desta problemática, sendo assim coloca-se a questão: Quais as estratégias não farmacológicas/terapias complementares promovidas pelos enfermeiros no alívio da dor ao doente adulto/idoso em fim de vida?

O trabalho encontra-se estruturado em quatro pontos: no primeiro, descrever-se-á a metodologia utilizada na pesquisa, no segundo, efetuar-se-á a apresentação e análise dos dados, num terceiro ponto a discussão dos resultados, e por fim a conclusão.

MÉTODOS E ESTRATÉGIAS

Tendo por finalidade conhecer as estratégias não farmacológicas/terapias complementares promovidas pelos enfermeiros no alívio da dor ao doente adulto/idoso em fim de vida, direcionamos os nossos esforços de pesquisa para a procura de estudos que nos permitissem responder à seguinte questão: Quais as estratégias não farmacológicas/terapias complementares promovidas pelos enfermeiros no alívio da dor ao doente adulto/idoso em fim de vida?

Como objetivo para dar resposta à questão de partida, definimos:

- Identificar as estratégias não farmacológicas/terapias complementares no alívio da dor no contexto de Cuidados Paliativos;

De modo a identificar os estudos passíveis de virem a integrar esta revisão sistemática da literatura, foi criado um protocolo de pesquisa no qual foram estabelecidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Doentes adultos/idosos em fim de vida.- Enfermeiros prestadores de cuidados ou profissionais de saúde.- Estudos empíricos, de natureza qualitativa ou quantitativa incluindo estudos que revelando ou não explicitamente o conceito “Cuidados Paliativos”, focalizam o controlo da dor numa determinada doença crónica progressiva e incurável.	<ul style="list-style-type: none">- Doentes hospitalizados em contexto de cuidados intensivos, serviço de urgência/emergência, uma vez que se trata de um ambiente de agudos com características muito particulares.- Doentes pediátricos.- Ser uma dissertação ou tese.- Ser uma revisão da literatura.

Para a realização da pesquisa dos estudos foram utilizados os seguintes descritores numa lógica de refinamento: *pain; end of life; palliative care; non-pharmacological treatment, nurse; alternative therapies; massage; therapeutic touch.*

Para a seleção dos artigos identificados, foram considerados os seguintes parâmetros apresentados no quadro 2, usados aquando da leitura e análise dos mesmos: Participantes, Intervenções, Comparações: resultados (Outcomes) e Desenho do Estudo (PICOD)

Quadro 2 – Parâmetros PICOD

				Palavra - Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Enfermeiros; Outros profissionais que atuem na prestação direta de cuidados; Doente adulto/idoso com dor	<i>pain;</i> <i>end of life;</i> <i>palliative care;</i> <i>non-pharmacological treatment,</i> <i>nurse;</i> <i>alternative therapies;</i> <i>massage;</i> <i>therapeutic touch.</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Controlo da dor; uso de estratégias não farmacológicas/ terapias complementares	
C	Comparações	Podem existir ou não	Quais?	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Controle eficaz da dor; Métodos, resultados e dificuldades	
D	Desenho do Estudo	Como é que a evidência foi recolhida?	Quantitativo – Experimental, Observação, Qualitativo	

A pesquisa realizou-se respeitando o horizonte temporal 2000-2013, nas seguintes bases de dados científicas: EBSCO, PubMed, CINAHL Cochrane, Medline, Scielo, Lilacs, *Web of Knowledge* e B-On, como complemento à pesquisa utilizamos também o motor de busca *Google Scholar*, que se revelou útil na procura de alguns artigos. Procuramos ainda em algumas revistas na área de enfermagem em cuidados paliativos tais como: *Nursing*, *International Journal of Palliative*.

Numa fase incipiente da pesquisa, após efetuar o cruzamento das palavras - chave nas bases de dados, foram selecionados pela leitura do respetivo *abstract* 15 artigos. Fomos, desde esta fase inicial, extremamente seletivos nos artigos que nos pudessem interessar, pelo que da aplicação dos critérios de inclusão resultou um já considerável número reduzido de publicações 8. Após a leitura integral das mesmas, com a aplicação metódica dos critérios de inclusão e exclusão selecionamos 4 artigos primários.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os quatro artigos selecionados apresentam-se de acordo com a ordem cronológica e foram analisados tendo em conta o método utilizado no estudo, os participantes envolvidos, as intervenções realizadas e os resultados obtidos.

Quadro 3 – Quadro de síntese do artigo nº 1

ESTUDO	Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration projet. Sansone, et all (2000).
MÉTODO	Estudo qualitativo e quantitativo.
OBJETIVO	Analisar os efeitos da massagem (Tender Touch) em dois grupos de residentes de um lar de idosos: os que sofrem de dor crónica e os que sofrem de demência, demonstrando comportamentos ansiosos ou de agitação.
PARTICIPANTES	Foram selecionados cinquenta e nove residentes de lar, divididos em dois grupos: 1- Os que sofrem de dor crónica(vinte e cinco residentes). 2- Os que aoesentam comportamentos de ansiedade ou agitação(trinta e quatro residentes).
INTERVENÇÕES	Todos os participantes mantiveram a sua terapêutica farmacológica habitual. As sessões de massagem tiveram uma duração de 15 minutos, com uma frequência de pelo menos duas vezes por semana, durante tres meses (12 semanas). Os instrumentos utilizados para avaliação consistiram em: - Escala da dor do próprio Centro que mede a dor verbalizada ou observada, numa escala de 0 a 10. - Formulário de avaliação da ansiedade/ agitação adaptado do Instituto Comprehensive Assesement and referral Evaluation, numa escala de 0 a 4.
RESULTADOS	Os scores de dor reduziram em relação aos valores iniciais, nas três fases do estudo.

Quadro 4 – Quadro de síntese do artigo nº 2

ESTUDO	Estudo dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos Lauretti, G & Ferreira, A (2007)
MÉTODO	Estudo qualitativo e quantitativo

OBJETIVO	Avaliar a massoterapia como técnica adjuvante no controle da dor em doentes oncológicos sobre cuidados paliativos.
PARTICIPANTES	Trinta e quatro pacientes com neoplasia, apresentando dor EAN superior a 5cm de ambos os sexos.
INTERVENÇÕES	Os participantes foram distribuídos de forma aleatória por dois grupos: o grupo de massoterapia recebeu 20min de massoterapia em técnica padronizada por dez dias consecutivos, além do atendimento fisioterapêutico respiratório e motor diário. O grupo controle recebeu somente o atendimento fisioterapêutico respiratório e motor diário. A técnica de massoterapia, descrita como uma massagem de deslizamento superficial e profundo realizada nos membros superiores, inferiores e coluna vertebral durante o período de 20 minutos, com uso de creme neutro após a fisioterapia motora e respiratória. No atendimento fisioterapêutico respiratório foram realizados exercícios de reexpansão e desobstrução pulmonar (10min), já no atendimento fisioterapêutico motor foram realizados exercícios metabólicos e movimentos articulares nos joelhos, cotovelos e ombros (10min). A intensidade dos exercícios foi mantida constante durante os primeiros cinco dias consecutivos, sendo aumentado no sexto dia e mantido constante até ao décimo dia. A dor foi avaliada pela escala analógica numérica da dor (0-10cm).
RESULTADOS	A realização de 10 dias consecutivos de massagem padronizada em doentes com dor oncológica resultou em menor consumo diário de morfina, melhor qualidade de vida, sem contudo aumentar a incidência dos efeitos adversos, revelando-se desta forma uma técnica adjuvante alternativa para ao tratamento da dor oncológica(grupo M). o grupo C não apresentou diminuição da intensidade da dor, aumentando o consumo diário de morfina.

Quadro 5 – Quadro de síntese do artigo nº 3

ESTUDO	A Randomized Controlled to Assess the Effectiveness of a Single Session of Nurse Administered Massage for Short Term Relief of Chronic Non- Malignant Pain Seers et al (2008).
MÉTODO	Estudo randomizado de comparação da massagem com terapêutica convencional.
OBJETIVO	Determinar a eficácia de uma sessão única de massagem realizada pelo Enfermeiro no alívio da dor crónica e na ansiedade a curto prazo..
PARTICIPANTES	Cento e um adultos com experiência de dor de evolução de, pelo menos três meses, descrita como sendo moderada ou severa em 4 itens numa Escala de Avaliação da Intensidade da dor.
	Os participantes foram distribuídos de forma aleatória por dois grupos: o experimental, sujeito a massagem como complemento da terapêutica farmacológica (constituído por 50 indivíduos) e o grupo de controlo, que manteve apenas terapêutica convencional (constituído por 51 indivíduos). No grupo experimental a massagem era realizada com óleos de amendoas doces durante 15 minutos e era aplicada na região dorsal, cervical e omoplatas.

INTERVENÇÕES	<p>No grupo de controlo, estabelecia-se diálogo acerca da dor dos indivíduos e o seu tratamento durante 15 minutos.</p> <p>A dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica da dor dos 100mm e pelo questionário da Dor de MCGILL.</p> <p>A ansiedade foi avaliada pelo inventário do Estudo de Traço da ansiedade de SPIELBERBER.</p> <p>A avaliação era feita antes do tratamento, imediatamente após o tratamento e na 1ª, 2ª, 3ª, e 4ª hora após o tratamento.</p>
RESULTADOS	A massagem é efetiva na dor crónica moderada e servira a curto prazo, podendo ser um cuidado adicional a oferecer aos doentes no controlo da dor crónica..

Quadro 6– Quadro de síntese do artigo nº 4

ESTUDO	<p>Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crónica: ensaio clínico.</p> <p>Marta et all(2010)</p>
MÉTODO	Estudo qualitativo.
OBJETIVO	Verificar a efetividade do toque terapêutico na diminuição da intensidade da dor, escores de auto avaliação de depressão e melhoria na qualidade do sono.
PARTICIPANTES	Foram selecionados trinta idosos com crónica não oncológica na Unidade Básica de saúde de Fernandópolis, Brasil.
INTERVENÇÕES	<p>Os participantes receberam oito sessões de toque terapêutico Método Krieger- Kunz durante um mês, sendo duas vezes por semana. As sessões foram realizadas individualmente com uma duração de vinte e cinco minutos, cada uma.</p> <p>A dor foi avaliada através da Escala analógica Visual aplicada antes e depois de cada sessão.O Inventáriode depressão de Beck e o Índice de qualidade do sono de Pittsburg antes da primeira e após a última.</p>
RESULTADOS	Conclui-se que o toque terapêutico foi efetivo na diminuição da intensidade da dor, nas atitudes e nos sintomas depressivos e na melhoria da qualidade do sono..

DISCUSSÃO DOS DADOS

O interesse crescente da enfermagem na última década pela área das terapias não farmacológicas está bem visível na crescente preocupação pela sua inclusão nos

currículos de formação e pela participação dos enfermeiros em cursos complementares. Todavia e, segundo SEERS et al (2008), ainda há pouca evidência que justifique o uso das terapias não farmacológicas no tratamento eficaz no controlo da dor.

Os quatro artigos utilizados nesta revisão sistemática da literatura pretendem dar resposta à problemática da utilização das terapias complementares (massagem, toque) como complemento da terapêutica farmacológica no controlo da dor, embora partilhem da mesma fragilidade acima descrita, pouca evidência neste campo.

Os estudos conduzidos pelos autores, revelam que as terapias complementares como a massagem e o toque apresentam uma redução significativa da dor, sendo possível admitir que estes enquanto complemento da terapia farmacológica constituem vantagem no controle da dor. Os resultados evidenciam redução da intensidade da dor percebida pelos doentes enquanto estão sobre os efeitos da terapia com massagem e o toque.

Os resultados destes estudos poderão reforçar a evidência dos benefícios que existem em incluir as terapias complementares no tratamento da dor. Para além disto o reconhecimento por parte dos doentes e dos profissionais da importância desta associação é igualmente indispensável. O reconhecimento dos seus benefícios, suportados por uma evidência científica forte, pode impelir estes agentes a implementar uma intervenção que não só influencia os resultados de um fenómeno vivenciado pelos doentes, mas ao mesmo tempo constitui-se como uma possível intervenção autónoma da Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão sistemática realizada permitiu reunir evidência sobre a eficácia das terapias complementares no controlo da dor enquanto complemento da terapêutica farmacológica.

Perante o que foi apresentado e analisado, não restam dúvidas que os avanços tecnológicos têm contribuído muito para a recuperação da saúde do indivíduo, mas a tecnologia também tem os seus limites, uma vez que ela remove os sintomas da doença

mas não vai em busca das suas verdadeiras causas. Isso deve-se ao fato de a medicina convencional continuar apoiada no modelo mecanicista, biomédico.

Felizmente, o paradigma holístico começa a ganhar espaço, abrindo um novo campo de ação para os profissionais de saúde, em particular para aos enfermeiros. Nesta esfera destacam-se as terapias complementares que, apesar de serem incipientes na enfermagem oferecem um campo amplo para atuação, pois o contacto constante do enfermeiro com o doente favorece a implementação dessas terapias a fim de aliviar a dor, promover a assistência e melhorar a qualidade de vida.

De acordo com SILVA e LEÃO (2004), aperfeiçoar-se nas práticas do cuidado, ampliando a sua capacidade de minimizar a dor no outro, é terapêutico e libertador.

Desta forma e cada vez mais, faz sentido falar-se de uma medicina integrativa, que alia o melhor da terapêutica convencional com a complementaridade de terapias associadas a um excelente nível de satisfação.

2. DESCRIÇÃO CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

A Enfermagem como disciplina e profissão de saúde, tem procurado responder aos desafios colocados por uma sociedade em mudança, desenvolvendo um corpo de conhecimentos próprio e proporcionando aos seus profissionais formação que os habilitem a fornecer respostas adequadas e atempadas às novas solicitações. Exige-se aos enfermeiros maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional (JESUS, 2006).

Concordo e enfatizo LE BOTERF (1994) quando refere, que as competências existem quando se consegue aplicar de forma eficaz e com conhecimento de causa os conhecimentos adquiridos em formação numa situação de trabalho concreta. Assim sendo, competência representa uma aptidão para mobilizar os conhecimentos, as habilidades e os comportamentos adequados, e aplicá-las em várias situações e atividades, independentemente do contexto em que foram aprendidas (DOMINGOS, 2008).

É, precisamente, no sentido do desenvolvimento e aquisição de competências na prática clínica que emerge a Unidade Curricular - Estágio. Porque saber não é sinónimo de realizar, torna-se assim imperioso a execução destes períodos de prática clínica de forma a cimentar os conhecimentos e desenvolver competências especializadas com vista ao enriquecimento pessoal e profissional futuro.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso, esta Unidade Curricular é composta por três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios e Módulo III – Opcional.

Efetuei apenas dois dos três módulos previstos, uma vez que foi-me atribuída creditação do módulo de Cuidados Intensivos/ Intermédios, ao abrigo do DECRETO-LEI n.º 74/2006 de 24 de Março, do Artigo 45º alínea c) que reconhece “através da atribuição de créditos, a experiência profissional (...)”.

Penso que para uma melhor perceção do meu percurso e desempenho profissional torna-se imprescindível uma breve contextualização do serviço onde iniciei a minha carreira e onde atualmente ainda exerço funções.

Como tal, passo a apresentar o Serviço de Especialidades Médicas, que integra quatro áreas distintas mas que se complementam.

- ❖ Unidade de Internamento;
- ❖ Unidade de Hemodiálise;
- ❖ Unidade de Técnicas de Gastreenterologia;
- ❖ Unidade de Técnicas de Pneumologia.

Lotado com vinte e oito camas, sendo dezasseis camas de enfermaria da especialidade de Gastreenterologia, quatro camas de Unidade de Cuidados Intermédios, seis camas de enfermaria de Nefrologia e duas camas técnicas. Os doentes internados são de ambos os sexos e de diversas faixas etárias, embora a população predominante sejam adultos e idosos. Normalmente, os doentes internados provêm do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos, embora também possam ser provenientes da consulta externa, da Unidade Técnica de Gastro, da Unidade de Hemodialise (tal como foi referido anteriormente duas das unidades inerentes ao serviço) e de outros serviços da instituição.

Dada a diversidade do serviço, existe uma grande variedade de patologias, porém as mais frequentes são do foro gástrico e digestivo: episódios de Hemorragia Digestiva Alta e Baixa em fase ativa, Doença Hepática Crónica, Síndrome Hepato-Renal, Neoplasias, Doença inflamatória intestinal em fase aguda. No âmbito da Nefrologia, a Insuficiência Renal Crónica agudizada, surge como a patologia mais frequente.

A UCI do serviço é uma unidade vocacionada para a prestação de cuidados diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes adultos que apresentam falência de um ou mais órgãos ou sistemas. Encontra-se dotada de equipamentos que permitem um acompanhamento intensivo e uma maior vigilância hemodinâmica em doentes em situação crítica com risco ou falência das funções vitais. Os doentes internados nesta UCI são sobretudo doentes instáveis e com necessidade de monitorização invasiva e não invasiva, de administração de terapêutica específica, de ventilação invasiva e não invasiva, e de tratamento dialítico.

Neste sentido, posso dizer que neste contexto de unidade de cuidados intermédios, as atividades desenvolvidas centram-se na avaliação hemodinâmica; na identificação de focos de instabilidade; no controlo rigoroso dos parâmetros vitais; nos cuidados ao

doente com cateter central, linha arterial e cateter de hemodialise; nos cuidados à traqueostomia; nos cuidados ao doente com alimentação entérica e parentérica; na prestação de cuidados a doentes com ventilação invasiva e não invasiva; na administração de terapêutica; na avaliação, interpretação e registo de parâmetros vitais; e na execução de tratamento dialítico, atendendo sempre ao cumprimento das normas da Comissão de Controlo de Infeção do Hospital.

Uma vez exposto o trabalho desenvolvido na UCI onde desempenho funções, e refletindo sobre o percurso até então efetuado, considero que durante o mesmo foi possível desenvolver algumas das competências inerentes à área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Pois, para além de prestar cuidados a doentes em estado crítico com necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, assumo funções de responsável de turno cabendo-me a mim gerir os recursos humanos e materiais, ou até eventuais conflitos. Além disso tenho uma participação ativa na formação em serviço, e colaboro quer na integração de novos elementos no serviço quer na orientação de alunos da Licenciatura em Enfermagem e de Medicina (uma vez que o curso integra um período de prática clínica de Enfermagem).

Contudo falar de enfermagem na atualidade, pressupõe falarmos de uma disciplina do conhecimento dirigida para a prática, com todas as exigências que lhe são intrínsecas, relacionadas com a mudança da sociedade, e com os próprios avanços tecnológicos e científicos. Isso, sem dúvida, que exige de nós experiência, mas também investimento, motivação e persistência para nos nutrirmos e nos sentirmos mais estimulados a aprender, a formarmo-nos e, desse modo, podermos contribuir com a diferença, ou seja prestar cuidados que contemplem segurança, qualidade e humanidade, no respeito inviolável pela vida humana.

Foi nessa perspetiva, e atendendo ao meu processo de desenvolvimento e formação profissional que ingressei na especialidade, onde me fora dada a oportunidade de contactar com experiências únicas e irrepetíveis, em ambientes diferentes, mas igualmente desafiantes, que irei descrever respeitando a ordem pela qual foram realizadas. Assim sendo, a ambição de querer conhecer outras realidades, nomeadamente a área dos cuidados paliativos, com o principal propósito de prestar melhores cuidados, despertou em mim o interesse de realizar o estágio opcional numa unidade de cuidados paliativos, que me permitisse contactar, experienciar e vivenciar a verdadeira filosofia desses cuidados, uma área extremamente apelativa para mim e que

viera a revelar-se num importante contributo para a minha prática diária, que seguidamente espero conseguir demonstrar de forma clara e sucinta.

2.1 - MÓDULO III- CUIDADOS PALIATIVOS

O local escolhido para realizar a componente prática prevista no módulo III, foi a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Mar – Piso 0 que decorreu no período de 23 de Abril de 2012 a 23 de Junho de 2012.

A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Mar é uma unidade vocacionada para a prestação de cuidados a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, sobretudo do foro oncológico, sem indicação para terapêutica curativa. As causas/motivos que originam o internamento dos doentes prende-se essencialmente com a ausência do cuidador principal e/ou exaustão familiar ou para o controlo de sintomas.

Relativamente à sua estrutura física, dispõe de quatro quartos, cada um com duas camas atribuídas à Rede Nacional de Cuidados Paliativos Integrados. A admissão dos doentes nesta unidade pode processar-se de duas formas: referenciados pelo hospital caso se encontrem internados, ou no caso de se encontrarem no domicílio essa referenciação é feita pelo Centro de Saúde.

A escolha deste local prendeu-se sobretudo com a necessidade de me dotar de alguns conhecimentos e competências que pudessem contribuir para um melhor cuidar em fim de vida. Atualmente exerço a minha atividade profissional num serviço onde a percentagem de doentes com patologia oncológica é elevada, encontrando-se a sua maioria num estadio onde o tratamento curativo deve dar lugar a ações paliativas, daí a minha necessidade de procurar novas e edificantes experiências num campo de intervenção que carece de alguns conhecimentos. A aquisição de competências numa área tão específica, e ao mesmo tempo, tão abrangente a qualquer serviço de internamento ou até de urgência, visa sobretudo prestar cuidados diferenciados e individualizados que promovam o respeito e a dignidade humana num período de intensa vulnerabilidade, dor e sofrimento, contrariando a luta obstinada que leva à desumanização dos cuidados.

Tendo em conta a diversidade de experiências que perspectivava neste campo de prática clínica tracei um objetivo, que passo seguidamente a descrever.

Objetivo 1- Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida e sua família, integrando-me na filosofia da equipa dos cuidados paliativos.

Cuidar de um doente em fim de vida implica dar respostas aos problemas que decorrem dessa doença avançada, prolongada, incurável e progressiva, prevenindo o sofrimento que ela gera e proporcionando a máxima qualidade de vida possível.

ANJOS (1996, p.68) fala-nos do cuidar numa perspetiva humanista, referindo que para podermos cuidar efetivamente de alguém de forma digna, “é necessário aplicar a atenção a essa pessoa, refletir sobre ela e a sua situação e agir em seu favor”. Mais do que cuidar do corpo, significa estarmos atentos à integridade da pessoa, tratar de si e não a doença.

Seguindo a mesma linha de pensamento, CERQUEIRA (2005, p.53) veio acrescentar que o acompanhamento do doente em fim de vida convida o profissional de saúde nomeadamente o enfermeiro “a não separar o órgão do corpo, o corpo do espírito e o espírito do coração, isto é, aprende-se o conjunto: o doente, o seu olhar, o seu silêncio, as suas queixas, a sua agressividade, os seus medos não expressos”.

A essência da enfermagem em cuidados paliativos está centralizada acima de tudo na vertente humana, relacional, espiritual, sócio-cultural e emocional em detrimento dos aspetos técnicos, pois os cuidados que se prestam têm como finalidade oferecer qualidade de vida aos dias e não acrescentar dias à vida. Ou seja, “os cuidados paliativos dirigem-se mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a “reconciliação” do que com a cura” (TWYLCROSS, 2003, p.17).

Embora esta filosofia do cuidado não me fosse totalmente desconhecida, era pertinente munir-me de algum suporte teórico de forma a prestar cuidados especializados e diferenciados que cumprissem com os quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos: Controlo de sintomas, Comunicação adequada, Apoio à família e Trabalho em equipa (TWYLCROSS, 2003).

Foi com esses propósitos, que durante a prática clínica procurei prestar cuidados de enfermagem, que refletissem um atendimento humano e personalizado, de reconhecimento e aceitação pelos seus próprios valores e prioridades, respeitando a sua

vontade e aceitando-o de forma incondicional. Outra preocupação foi a promoção de medidas de conforto e de controlo de sintomas (medidas farmacológicas e não farmacológicas), numa atitude de respeito pelas suas crenças e desejos, dando-lhe a possibilidade de seguir o percurso natural da doença, de saber atribuir valor ao seu fim de vida, não o deixando entregue à sua solidão e à sua morte, mas antes encaminhando-o para um fim digno e sereno.

A morte, apesar de ser uma etapa natural da vida é de difícil aceitação. Morrer é abandonar a vida terrena e aqueles que amamos. É o momento de repensar o que foi a vida, de resolver os problemas e sendo o enfermeiro uma presença física de carácter permanente torna-se imperioso que este faça sentir a sua presença estabelecendo uma relação de ajuda com doente e sua família. O fato de estar presente, de mostrar disponibilidade, de o ouvir nos momentos mais difíceis torna-se essencial para a relação favorecendo a expressão de sentimentos e necessidades. É pertinente aproximarmo-nos, parar e ter tempo para escutar e acompanhar quem sofre, uma vez que o doente, a maioria das vezes, espera apenas uma outra mão para segurar a sua própria mão.

Para a promoção do bem-estar, para além dos cuidados com o corpo, com a imagem, é importante explorar os desejos do doente, personalizar o seu ambiente, respeitar os seus rituais, de forma a manter alguma ligação com a sua vida diária (LINDQVIST et al, 2012).

Em todo este processo de fim de vida, a relação de ajuda é um dos pilares essenciais dos cuidados ao doente em fim de vida, é uma ferramenta terapêutica que exige por parte do profissional treino e formação, pois a adaptação do doente à sua situação e a capacidade de reorganizar a sua vida depende, em parte, da eficácia das nossas intervenções. Segundo CARL ROGERS citado pela SFAP (2000, p.79) a relação de ajuda é uma “forma de proceder numa relação interpessoal, que procura libertar a capacidade da pessoa ajudada para viver mais plenamente do que acontecia antes do momento do contato”.

Recordo-me particularmente de uma situação que vivenciei junto de uma doente com Neoplasia do Ovário, num estadio localmente avançado. Numa fase inicial, encontrava-se consciente e colaborante, mas com o avançar dos dias era notório a sua deterioração, débil, mais asténica, com fraqueza muscular severa e já com alguma falência multiorgânica. Face a estes acontecimentos, e após a validação com a equipa as minhas

intervenções centram-se no alívio de sintomas, no conforto da doente, na adequação do ambiente, no toque, na leitura, na companhia contínua e no apoio à família.

Por volta da hora de almoço como era habitual, chega o seu filho que quando se deparou com o estado em que a sua mãe se encontrava, me procura questionando-me sobre a situação que presenciava, o porquê da sua mãe não ter efetuado levante? E o porquê do almoço não se encontrar no quarto como era habitual?

Compreendo a sua preocupação e o seu desalento, procuro dar resposta às suas questões comunicando-lhe que no estadio da doença em que a sua mãe se encontra o levante não seria suportável pela mesma. Relativamente à alimentação lembrei-o que tal como já viera a presenciar era notória a grande dificuldade para a sua administração. O filho mostrando-se muito angustiado contestou a forma de atuação da equipa, referindo que em qualquer outro Hospital a sua mãe teria uma SNG para ser alimentada, demonstrando um outro “investimento” pela sua vida. Neste momento, chega mesmo a ponderar a hipótese de transferência para outro Hospital, onde segundo o mesmo, é possível dar um outro sentido à vida.

Tento com que ele perceba, que de fato entendemos a sua angústia e o seu sofrimento mas que as nossas intervenções são em prol da qualidade de vida da sua mãe, minimizando qualquer desconforto. Salientei que em cuidados paliativos dar sentido à vida, implica resgatar novas atitudes, novas medidas que tragam àquela pessoa um cuidado mais humanizado e com o mínimo de sofrimento. Ouvindo estas palavras remete-se ao silêncio. Segundo QUERIDO (2004, p.27), o silêncio “pode significar medo, sofrimento ou até alegria, mas sempre sentimentos tão profundos que não são possíveis de exprimir por palavras”.

Percebendo que esta pessoa também precisava de tempo, e de alguns esclarecimentos, comuniquei esta situação à enfermeira sugerindo uma nova conferência familiar, que desde logo se programou. Afinal, lidar com a progressão inexorável da doença de um familiar deixa qualquer pessoa vulnerável e confuso, cabendo ao enfermeiro defender e fazer cumprir os direitos da pessoa e da família, respeitando sempre a sua dignidade e autonomia (RABAÇA, 2008).

São situações desta natureza que também nos fazem pensar nas nossas ações e nas suas consequências, sem nunca nos demitirmos do nosso principal propósito, a qualidade de

vida da pessoa doente, respeitando acima de tudo os seus valores e colaborando na concretização dos seus desejos.

Com o intuito de refletir sobre a humanização da dor e do sofrimento em cuidados paliativos e sobre a necessidade premente da humanização do cuidar com o outro, tendo em conta a sua multidimensionalidade, desenvolvi em conjunto com a colega que se encontrava a desenvolver a prática clínica no Piso 1 um poster, que posteriormente fora apresentado no VII Encontro Luso-Brasileiro de Bioética (resumo do poster APÊNDICE II), e a partir do qual surgiu a ideia de elaborar um artigo sobre a “Humanização da dor e do sofrimento” (resumo do artigo – APÊNDICE III), a ser publicada em edições futuras da revista Nursing Portuguesa.

Tendo em conta o interesse demonstrado por parte da equipa acerca da temática supracitada, o mesmo poster foi também apresentado no serviço no dia 15 de Junho de 2012 às 14h 30m. O método escolhido para a divulgação da mesma foi um cartaz de formação (APÊNDICE I). No final da sessão foi criado um espaço para discussão e reflexão dos principais aspetos abordados. A mencionar que a equipa ressaltou a importância e pertinência do tema abordado, e que a sua exposição na sala de enfermagem seria de grande utilidade para despertar a atenção dos enfermeiros para pequenos pormenores essenciais numa assistência mais humanizada.

2.2. MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O local escolhido para realizar a componente prática prevista no módulo I, foi o SUG do HSFX que decorreu no período de 20 de Setembro de 2012 a 10 de Novembro de 2012.

O serviço de urgência é uma das portas de entrada dos doentes para a Instituição Hospitalar. A ele acorrem diariamente centenas de pessoas em situações de grande fragilidade. O doente que procura este serviço geralmente encontra-se em situação de sofrimento, quer físico, quer psicológico, e espera dos profissionais de saúde, dos enfermeiros em particular, pelo contato próximo que estabelecem com os doentes, uma atenção e um cuidado, muito para além da cura.

GIRARDON-PERLINI e PILATO (2008, p.722) descrevem o serviço de urgência como “o local destinado para o atendimento a pessoas que necessitam de cuidados urgentes

em situações críticas para evitar a morte, prolongar a vida ou prevenir consequências prejudiciais para a saúde”.

De acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (2001, p.6) o serviço de urgência “ (...) existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo”.

No entanto, e indo de encontro ao que foi anteriormente citado, torna-se pertinente para compreender a orgânica da urgência, definir os conceitos urgente e emergente. Segundo a DGS (2001, p.7) *“São urgentes todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. São Emergentes todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”*.

Pelo que, segundo OLIVEIRA (1999) ser enfermeiro de urgência exige determinadas particularidades, ou seja, um domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, capacidade para lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades e a assistir o doente o mais rapidamente possível. É-lhe ainda exigida destreza manual e rapidez na atuação, bem como, autocontrole emocional para fazer face a situações de grande tensão. O autor reconhece ainda como um fator importante, neste contexto, a facilidade de comunicar, tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes serviços do hospital.

Perante o exposto, parece-me pertinente descrever o SUG do HSF, E.P.E, antes de expor o meu percurso neste serviço, para uma melhor contextualização das práticas desenvolvidas.

O Hospital São Francisco Xavier, E.P.E, é um hospital central onde estão sediadas a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de um milhão de habitantes. O SU é um serviço polivalente em articulação direta com o Hospital Egas Moniz e o Hospital Santa Cruz (DGS, 2001), tendo como missão “Prestar cuidados de saúde integrados e globais, urgentes e programados, com respostas personalizadas, flexíveis e adequadas a cada situação clínica”. Para cumprir com esses propósitos, encontra-se dotado de:

- Um Gabinete de Triagem de Manchester (com capacidade para receber 3 doentes em simultâneo);

- Uma Sala de Reanimação, equipada com tecnologia moderna, com ventilação assistida, e monitorização hemodinâmica (com capacidade para quatro doentes);
- Uma Sala de Pequena Cirurgia;
- Uma Sala para Aerossoloterapia;
- Gabinetes para atendimento de ambulatório (Salas de Tratamento, denominadas de 1 e 2);
- Balcão;
- Sala de Trauma;
- Duas salas de Decisão Clínica;
- Sala de Observação (S.O) com capacidade para 12 camas;
- Uma Sala de Isolamento (com capacidade apenas para um doente).

Apresenta ainda, uma equipa de Emergência Pré Hospitalar (VMER), integrada no serviço desde 1991.

Relativamente aos recursos humanos, dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por diversos profissionais, na qual os enfermeiros se destacam pela perspectiva integradora e global de prática dos cuidados, onde o doente e a sua família/pessoa significativa são encarados como parceiros, exemplo disso é a norma interna de regulamentação do acompanhamento dos doentes pelo seu familiar/pessoa significativa, elaborada e implementada no serviço, com base na LEI nº 33/2009 de 14 de Junho.

A equipa de enfermagem é constituída por setenta e quatro elementos, quatro em escala fixa e setenta em horário rotativo, distribuídos por cinco equipas de catorze elementos. O enfermeiro chefe de equipa, por norma não tem setor atribuído, assumindo a função de coordenador, competindo-lhe assim organizar e distribuir os enfermeiros pelos postos de trabalho, coordenar horário de refeições, servir de elo de comunicação entre as diferentes especialidades e garantir uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade. A prestação de cuidados de enfermagem no serviço contempla o modelo holístico, e o método de trabalho atual é o individual, mas que atende sempre que necessário ao trabalho em equipa.

O serviço de urgência era um mundo pouco conhecido para mim, não só enquanto profissional mas também enquanto pessoa e utente dos serviços de saúde. Portanto, fazer estágio num SU constituía um potencial de aprendizagem muito grande e um desenvolvimento de competências específicas nesta área. Tendo em conta a diversidade

de experiências que perspectivava neste campo de prática clínica foram definidos dois objetivos, que serão enumerados e analisados individualmente, descrevendo o seu contributo efetivo no desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Objetivo 1.- Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, no serviço de urgência.

A prestação de cuidados em qualquer serviço exige competências gerais e específicas, encontrando-se estas últimas relacionadas com as características de cada serviço. Quem é perito na prestação de cuidados em contexto de urgência não o será certamente numa unidade de cuidados paliativos sem adquirir e desenvolver competências específicas necessárias para a prestação de cuidados nessa área.

De acordo com COLLIÈRE (1999, p.244) *“as competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados (...) e a sua aquisição requer o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa mesma competência”*.

Também BENNER (2001), ao expor as suas concepções sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, de iniciado a perito, considera o enfermeiro competente quando este toma consciência da sua prática em termos de objetivos, ou seja, tem competências para planear e coordenar os cuidados de acordo com as necessidades do doente; e atribui-lhe o título de proficiente quando aprende pela experiência, apercebe-se das situações na sua globalidade e orienta o processo de tomada de decisão de forma mais eficiente.

Independentemente do estadio em que o enfermeiro se encontra, é seu dever *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e pelo bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem”* (DECRETO-LEI 104/98, Artigo 76º, do Estatuto da OE).

Foi sobretudo no SO (sala de observação) e sala de reanimação que desenvolvi o meu percurso formativo, embora tenha considerado pertinente a prestação de cuidados nos diferentes setores que compõe o SU. A escolha por estes dois setores prende-se com o fato de serem locais de elevada exigência para os enfermeiros não só por lhes exigirem

um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializado, mas também, rapidez, agilidade e diplomacia perante as situações que refletem na maior parte das vezes risco de vida ou de morte.

Desde o início da prática clínica percebi que os enfermeiros que asseguravam estas valências eram os mais habilitados e dotados de competências técnicas, científicas e relacionais, para a prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco.

Inserida numa equipa multidisciplinar com perícia para cuidar de doentes em estado crítico, tornava-se imperioso possuir um core de conhecimentos científico-técnico alargado que me permitisse dar resposta ao perfil da pessoa doente admitida. Assim, durante o módulo de prática clínica muni-me de algum suporte teórico e investi na revisão da bibliografia, de forma a encontrar substrato para as minhas intervenções e poder partilhar um conhecimento baseado na evidência científica.

No que concerne à tipologia de doentes, a maioria eram adultos e idosos, com patologias crónicas agudizadas, entre as quais insuficiência renal, cardíaca e respiratória, bem como patologias agudas, das quais destaco enfarte agudo do miocárdio, embolia pulmonar, hemorragia digestiva, entre outras.

Durante este período de permanência no SO e na Sala de Reanimação prestei cuidados contínuos e individualizados, a doentes em risco, como resposta às necessidades humanas básicas afetadas, permitindo manter as funções vitais, estabelecendo prioridades de atendimento, prevenindo complicações, eliminando ou limitando incapacidades, numa perspetiva holística e envolvendo sempre que possível a família.

Tive ainda a oportunidade de acompanhar alguns doentes para a realização de TAC, Ecografias e exames radiológicos, e colaborar na sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório e Serviços de Internamento.

Mas a utilização de instrumentos e de técnica por si só é destituído de valor, é preciso não ser dissociado do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado, tal como proferido por COLLIÈRE (1999). É a relação de ajuda que dá aos cuidados a eficácia e a qualidade humana, conferindo-lhe simultaneamente profissionalismo e visibilidade (PHANEUF, 2005). É através dessa relação que o enfermeiro conhece e compreende a pessoa, tornando-se ele mesmo um valor terapêutico.

À semelhança também WATSON (1999, p.56) citando MAYERHOFF, nos diz que “para cuidar de alguém, tenho que saber muita coisa. Tenho que saber por exemplo

quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento”. Assim, cuidar é uma arte complexa, mas para que se revele numa arte terapêutica impera a necessidade de combinar alguns elementos, nomeadamente, de conhecimento, destreza e de intuição para podermos ajudar o doente no seu processo de saúde/doença.

De facto, o cuidar só pode ser demonstrado e praticado numa relação interpessoal, fundamentado num sistema de valores humanísticos, universais, tais como a amabilidade, o respeito, o afeto pelos outros.

Partilhando da opinião de LOPES (2001, p.65) citando COLLIÈRE “cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social...Cuidar é um ato social (...) e implica uma responsabilidade ética e social”.

Foi partindo destas afirmações, que durante a minha intervenção tive sempre como foco de atenção a globalidade das necessidades da pessoa/família, consciencializando-me das suas múltiplas dimensões, corporal, social, intelectual, emotiva e espiritual. No decurso da mesma procurei que a relação de ajuda fosse uma das respostas terapêuticas utilizadas na minha abordagem ao doente/família, tendo como principais pilares a confiança, a privacidade do outro e a preservação da sua dignidade considerando ser a prática de enfermagem que vai de encontro às suas necessidades.

O DECRETO-LEI n.º473/91, com as alterações introduzidas pelo DECRETO-LEI 412/98 e n.º411/99, no Artigo 7º refere que uma das funções do enfermeiro especialista é “responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados”.

Assim e tendo em conta as necessidades de informação verbalizadas por alguns elementos da equipa de enfermagem, relativamente ao manuseamento dos acessos vasculares em situações emergentes, realizei uma sessão de formação sobre esta temática (Apêndice V) partilhando desta forma os meus conhecimentos e experiência nessa área. O método escolhido para a divulgação da mesma foi um cartaz de formação (Apêndice IV) exposto nos diversos setores que compõem o SU. A sessão de formação decorreu no dia 9 de Novembro de 2012 às 15h num total de duas sessões. Para tal, procedi a um planeamento prévio, de forma a sintetizar e partilhar a informação da forma mais clara possível (Apêndice IV). No final da sessão foi criado um espaço para

discussão e reflexão dos principais aspetos abordados e realizada a avaliação da formação (Anexo VI), que traduziu o importante contributo deste momento formativo.

Objetivo 2.- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da sensibilização da equipa de enfermagem para práticas que dignifiquem o doente no seu processo de final de vida.

Apesar de toda a evolução da ciência, conhecimento e tecnologia, cada vez mais se assiste a situações de doença incurável, prognóstico reservado e a um prolongar da vida muitas vezes sem qualidade e com sofrimento associado.

Nem todos os doentes que procuram o SU necessitam de uma abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida. Muitos apresentam-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é a mais benéfica.

Revemos no enfermeiro da urgência alguém que salva vidas, que tudo faz para recuperar a vida daquele que chega, muitas vezes, já inconsciente. Porém, mesmo perante situações graves e muito complexas, 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).

O que nos é pedido nesses momentos será o alívio das dores, a companhia, a mão que se aperta, a ternura de quem se faz próximo e não as perfusões, entubações, massagem cardíaca, o traçado irregular, os monitores, a luta obstinada pela vida.

Recordo-me de uma situação em que fora admitida no SU uma senhora com doença oncológica avançada e cujo agravamento significativo nos últimos dias exacerbara alguns sintomas, nomeadamente a dor, as náuseas e os vómitos incoercíveis. Se numa primeira abordagem o que parece prevalecer são alguns procedimentos invasivos, em diálogo com a equipa optara-se conscienciosa e refletidamente por medidas de conforto, que passaram pela administração de terapêutica antiemética e pela perfusão de morfina. Passados poucos minutos, era visível no rosto daquela doente um fáceis sereno, de tranquilidade. E isso tivera consequências sobre o próprio bem-estar da familiar que a acompanhara, que manifestara inicialmente a sua angústia e impotência face ao sofrimento daquela pessoa.

Efetivamente, a nossa capacidade de prestar cuidados de enfermagem será medida, para além da competência técnica, pela vontade permanente de promover qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional.

Segundo PACHECO (2002), a expressão “doente em fase terminal”, é habitualmente aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte.

De acordo, com a revisão bibliográfica que efetuei, os autores são unânimes em considerar que o primeiro e principal objetivo dos profissionais de saúde no serviço de urgência é salvar vidas, sendo a morte muitas vezes considerada, pelos próprios, como um fracasso.

MOREIRA (2001) corrobora dessa ideia, ao referir que os doentes em fim de vida, não recebem cuidados individualizados e inerentes à sua situação terminal. Estes continuam a ser tratados, quando objetivamente se reconhece o carácter incurável da doença. São por vezes submetidos a encarniçamento terapêutico, continuando a ser alvo da ideia de que os cuidados com utilização de tecnologia avançada são sinónimo de mais qualidade.

Perante o exposto, é urgente que esta forma de pensar seja ultrapassada evitando a futilidade terapêutica e proporcionando ao doente o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, assim como o da sua família, contribuindo para um fim de vida digno.

Nesta ótica e após ter contato com algumas destas situações tornava-se imperioso cooperar com a equipa no sentido de despertar e sensibilizar nomeadamente os enfermeiros para a adoção de boas condutas no que diz respeito ao doente em processo de fim de vida, não só através de conversas informais partilhando e mobilizando os conhecimentos e competências adquiridas durante a realização da prática clínica dos cuidados paliativos, como através de momentos formativos.

Tal como refere BEVIS e WATSON (2005), a aprendizagem só se considera completa quando ocorrem os três episódios que lhe estão inerentes – operação, validação e informação.

Assim planeei, executei e avaliei a sessão de formação com o título de “Doente em fim de vida – Uma abordagem ética” (APÊNDICE VIII) que decorreu no dia 9 de

Novembro de 2012 num total de duas sessões. O método escolhido para a divulgação da mesma foi um cartaz de formação (APÊNDICE IV) exposto nos diversos setores que compõem o SU. O plano que serviu de guia orientador à concretização da sessão encontra-se disponível no (APÊNDICE VII). No final da sessão foi igualmente criado um espaço para discussão e reflexão dos principais aspetos abordados, sendo também apresentado um documento intitulado “Implementação da Ordem de não Reanimar” elaborado e instituído no HFF, E.P.E onde exerço funções, com o intuito de ser um projeto futuro a ser desenvolvido no serviço UG ou mesmo na instituição HSF. Denotei interesse por parte dos elementos da equipa nomeadamente da enfermeira responsável pela formação tendo-me pedido para facultar o documento. Foi também realizada a avaliação da sessão (APÊNDICE IX).

Este foi um caminho que fui percorrendo com algumas dificuldades próprias do processo de aprendizagem e de formação, mas que inegavelmente se revelou muito produtivo e enriquecedor, com ganhos a nível pessoal e profissional. Não são precisas grandes experiências, o mais sábio é absorver de cada situação, de cada oportunidade ferramentas que ajudem a sustentar a minha prática.

Por isso, é importante quando falamos na visão holística do doente, perceber se é realmente aplicada num ambiente envolto em alta tecnologia, onde os profissionais interagem frequentemente com o risco de vida e a proximidade da morte, como acontece num serviço de urgência. É preciso afastarmo-nos um pouco do trabalho realizado por tarefa, e dar às nossas ações um novo contributo, que passa essencialmente pelo saber cuidar, saber respeitar!

3. CONCLUSÃO

Um dos aspetos importantes na evolução e no aperfeiçoamento dos nossos comportamentos e atitudes, na nossa mudança e crescimento, é a identificação dos sucessos conseguidos e dos erros cometidos. Da mesma forma, a resolução e a comparação dos resultados obtidos com aqueles que foram projetados inicialmente, promove a nossa prática e conseqüentemente, a prestação de cuidados de enfermagem.

Os momentos de prática clínica são extremamente pertinentes por contribuírem para o desenvolvimento de competências, que pontuem pela diferença na prestação de cuidados, conferindo visibilidade aos enfermeiros especialistas.

Depois do término desta etapa, torna-se fundamental fazer uma análise fundamentada, considerando os momentos positivos e aqueles, que se pudéssemos voltar atrás no tempo teríamos feito o percurso de outra forma.

Ao terminar este relatório considero ter alcançado os objetivos a que me propus inicialmente. Ao fazê-lo considero ter atingido as competências e comportamentos preconizados para os momentos de prática clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dando resposta deste modo às competências preconizadas na Carreira de Enfermagem.

Houve necessidade de reformular algumas etapas do percurso, mas considero que este é um aspeto enriquecedor, dado ser demonstrativo da capacidade de análise, criatividade e de agir sobre o contexto no sentido de mudança.

Na área dos cuidados paliativos, saliento a necessidade expressa de me integrar numa filosofia onde o conforto físico e emocional são a preocupação principal na nossa conduta, e num contexto de urgência, inda que o contacto com a pessoa doente seja célere e nem sempre nas condições ideais, ressalvo a rapidez de respostas, o estabelecimento de prioridades, sem nunca me esquecer do respeito pela integridade e privacidade da pessoa doente.

Em todos os locais de prática clínica procurei adotar uma conduta que servisse de modelo aos outros profissionais de enfermagem, pois como futura enfermeira especialista ambiciono a excelência da prática especializada na equipa de saúde, promovendo a capacidade crítica dos meus pares, atuando como perito nas diferentes

dimensões do cuidar e permitindo simultaneamente um desenvolvimento profissional e pessoal de cada um em particular e da equipa em geral.

Penso que através da realização das sessões de formação e das publicações realizadas, do poster e do artigo, respetivamente, consegui dar um importante contributo naquilo que é a essência da enfermagem, o cuidar.

Para terminar, reconheço a proficuidade deste tempo da prática na minha vida pessoal, académica e profissional. O contacto com outros ambientes, com outras especialidades, com os colegas e principalmente com os doentes, faz-me aspirar querer fazer sempre melhor em prol daqueles de quem cuidamos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMINHAS, M. - **Cuidar da pessoa no serviço de urgência.** Revista sinais vitais. Nº 75, Novembro de 2007.

BENNER, P. – **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** Coimbra: Quarteto ditora, 2001. 294p. ISBN 972-85835-97-X.

BEVIS, E. e WATSON, J. – **Rumo a um curriculum de cuidar, uma nova pedagogia para a enfermagem.** Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-98-3.

Carreira de Enfermagem (Aprovado pelo Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro).

CERQUEIRA, M. - **O cuidador e o doente paliativo.** Coimbra: Formasau, 2005.

COLLIÈRE, F. – **Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses/Lidel, 1999.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

DOMINGOA, F. – **O ensino médico pós-graduado baseado em competências: Reflexão sobre o internato médico.** Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Lisboa, Cadernos de Saúde, nº.1, vol.1, 2008.

Decreto-437/91 – Carreira de Enfermagem. Diário da República (08-11-91).

GIRARDON-PERLINI, N; PILATO, M. – **Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiencia da família durante um atendimento de emergência.** Revista Electrónica de Enfermagem. ISSN: 1518 – 1944. Vol. 10, nº 3; (2008), p.721-32.

JESUS, E.- **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem.** Coimbra: Formosau, 2006.

LEÃO, E.R.; SILVA, M. P. - **Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais.** Rev. Latino-am. Enferm, 2004. Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.235-241.

LAURETTI, G, FERREIRA, A. – **Estudos dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.** Rev. Dor (Abril- Mai-Jun 2007), p. 983-993.

LE BOTERF, G – **Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: Cinco desafios a enfrentar.** Formar: N° 10 (Fev-Mar-Abril 1994), p.40-60.

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. 12 fev. 2013]. Disponível na internet: www.plosmedicine.org.

LOBO, J. – **A dor na medicina.** In: RICO. T, BARBOSA. A – Dor: Do neurónio á pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal, 1995.p.9-17. ISBN 972-733-013-4.

LOPES, A – **Dor crónica e anestesia.** In: RICO, T, BARBOSA, A – Dor crónica e Anestesia. Lisboa: Permanyer Portugal. 1995. p.95-101. ISBN 972-733-013-4.

LOPES, J. – **Concepções de Enfermagem e desenvolvimento sócio- moral. Alguns dados e implicações,** 2ª Edição. Lisboa, Associação portuguesa dos enfermeiros.

WATSON, J (1999) – **Enfermagem ciência humana e cuidar uma teoria de enfemagem,** Lisboa: Lusociência.

MARTA, I et all – **Efetividade do toque terapêuticosobre a dor, depress^oao e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico.** Ver. Ecs. Enferm USP, 2010. p.7. Acedido em 19 de Dezembro de 2012.

MARTIN, K., AMBROSE, L. – **Psychological aspects of chronic pain treatment . Fundamental Aspects of Pain Assessment &Management,** Capítulo10 (2007) 125-140. ISBN: 978-1-85-642292-5. Acedido em 3 de Janeiro de 2013, de CINAHL Plus With Full Text database.

MOREIRA, B. – **O doente terminal em context familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela familia.** Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, LDA;2001.

OLIVEIRA, D. – **As urgências exigem motivação pessoal e profissional.** Nursing (136), 1999. p.13-16.

PACHECO, S. – **Cuidar do doente em fase terminal:prespectiva ética.** Loures:Lusociência, 2002.

PHANEUF, M. – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação.** Loures: Lusociência, 2005. 360p. ISBN 972-8383-84-3.

PESUT, B., MCDONALD, H. – **Connecting philosophy and practice: implications of two philosophic approaches to pain for nurses expert clinical decision making.** *Nursing Philosophy*, vol.8, N°4 (2007) 256-263. ISSN: 1466-7681. Acedido em 3 de Janeiro de 2013, de CINAHL Plus With Full Text database.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).

QUERIDO, A. - **Escuta em cuidados paliativos: quando um silêncio vale mais do que mil palavras.** *Revista Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. N° 185 (2004), p. 24-28.

RABAÇA, O. – **Em cuidados paliativos: e quando a família necessita respostas?** *Revista Percursos*. Setúbal. N.º7 (2008), p.34-39.

RENAUD, M. - **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.

SANSONE, P., SCHMITT, L. – **Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project.** *Geriatric nursing (new York)*, vol.21, N°6 (2000)303-308. ISSN: 0197-4572. Acedido em 9 de Janeiro de 2013.

SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem – **Desafios da enfermagem em cuidados paliativos, cuidar: ética e práticas,** Loures, Lusociência, 2000.

SEERS, K: ET AL – **A Randomised controlled trial to assess the effectiveness of a single session of nurse administered massage for short term relief of chronic non malignant pain.** *BMC Nursing*. Vol.7 (2008) 10. ISSN 1472-6955. Acedido em 10 de Janeiro.

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

VALENÇA, A. – **Neurofisiologia da dor e comportamento.** In: RICO, T, BARBOSA, A – **Dor : do neurónio à pessoa.** Lisboa: Permanyer Portugal, 1995. P.39-51. ISBN 972-733-013-4.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cartaz da Sessão de Formação

Formação em Serviço

Apresentação do Poster “Humanização da Dor e do Sofrimento”

15 Junho de 2012 às 14h30
Sala de Enfermagem



Destinatários:

- Enfermeiros do Serviço Piso 0 e alunos da Licenciatura em Enfermagem.

Objetivos da apresentação do poster:

- Refletir sobre a humanização da Dor e do Sofrimento em Cuidados Paliativos;
- Refletir sobre a pertinência da humanização no cuidar com o outro, tendo em conta a sua multidimensionalidade;
- Identificar as principais atitudes que os enfermeiros devem adoptar nos cuidados humanizados ao doente em fim de vida.

Desenvolvido por Daniela Fernandes e Filipa Verissimo, alunas do Mestrado em Enfermagem Médico—Cirúrgica.

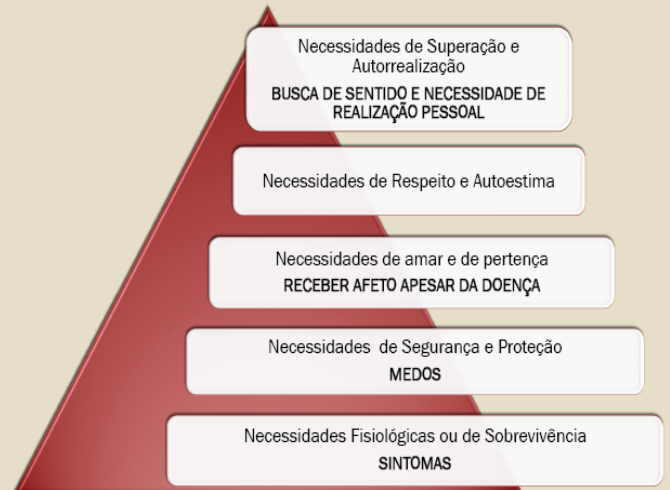
APÊNDICE II - Poster da Sessão de Formação
“Humanização da Dor e do Sofrimento” e respectivo resumo

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)

COMUNICAÇÃO/RELAÇÃO



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!

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 (TWYXCROSS, 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” (TWYXCROSS, 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 perspetiva, 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) – **Sufrimento 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 em publicação
“Humanização da Dor e do Sofrimento”**

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 perspectiva 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 - Cartaz e Plano de Sessão da Formação “Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas - Manuseamento dos mesmos em Situações de Emergência”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Formação em Serviço

09 de Novembro de 2012

às 15h00

Sala de enfermagem

Título - "Acessos Vasculares"

Sub-título - "Manuseamento em situações de emergência."

Objetivos da sessão:

- Enumerar os diferentes tipos de acesso vascular utilizados nas técnicas de substituição renal.
- Descrever os cuidados de enfermagem a prestar, a doentes com diferentes tipos de acessos vasculares.
- Manuseamentos dos acessos vasculares em situações emergentes.



Título - "Doente em fim de vida - Uma abordagem ética"

Objetivos da sessão:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem, para práticas que dignifiquem o doente no seu processo final de vida.
- Refletir sobre alguns dilema éticos.
- Reconhecer os direitos do doente em fim de vida.



Destinatários:

- Enfermeiros do Serviço de Urgência - HSFX

Formação em Serviço dinamizada por Daniela Fernandes estudante no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Plano de Sessão

Local - Hospital São Francisco Xavier, Sala de Enfermagem.

Tema- Acessos Vasculares para técnicas dialíticas.

Data - 9 de Novembro de 2012.

Duração da Sessão - 20 minutos.

Público – alvo - Enfermeiros do serviço de urgência.

Nome do formador – Daniela Fernandes

Objetivos:

- ✓ Aumentar os conhecimentos sobre os acessos vasculares.

Objetivos específicos:

- ✓ Enumerar os diferentes tipos de acessos vasculares utilizados nas técnicas de substituição renal.
- ✓ Descrever os cuidados de enfermagem a prestar, a doentes com os diferentes tipos de acessos vasculares.
- ✓ Elucidar sobre o manuseamento dos mesmos em situações emergentes.

<i>ETAPAS</i>	<i>CONTEÚDOS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>M.A.E</i>	<i>TEMPO (Min)</i>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador. • Apresentação do tema. • Apresentação dos objetivos. 	Expositiva		5min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de acessos vasculares. • Características dos diversos tipos de acessos vasculares. • Cuidados de enfermagem ao doente com os diversos tipos de acessos vasculares. • Manuseamento dos mesmos em situações de emergentes. 	Expositivo Participativo	Computador Projetor	15min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de conceitos. 	Expositivo		5min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário 			5min.

APÊNDICE V - Sessão de Formação “Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas - Manuseamento dos mesmos em Situações de Emergência”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Acessos Vasculares

Para Técnicas Dialíticas e manuseamento dos mesmos em situações de emergência

Daniela Fernandes – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação: Enf.ª Maria João

Tutoria: Prof.ª Patrícia Pontífice

Objetivos

- Enumerar os diferentes tipos de acesso vascular utilizados nas técnicas de substituição renal.
- Descrever os cuidados de enfermagem a prestar, a doentes com os diferentes tipos de acessos vasculares.
- Manuseamento dos acessos vasculares em situações emergentes.



Acessos Vasculares

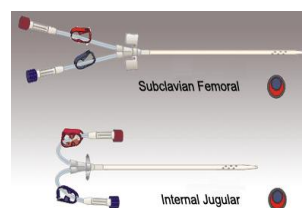
Existem basicamente três tipos de acessos vasculares para a realização de tratamento dialítico:

- ❖ Cateter em veia central (Femoral, subclávia e jugular).
- ❖ Fistula Arterio-Venosa.
- ❖ Prótese ou enxerto de Gore -Tex.



Cateter Central - hemodiálise

- ❖ Usados frequentemente em casos de I.R. Aguda.
- ❖ Em doentes com necessidade urgente de hemodiálise.
- ❖ Enquanto aguardam pela maturação de uma fistula arterio-venosa direta ou de um enxerto de PTFE.
- ❖ Ausência de outras opções de acesso.

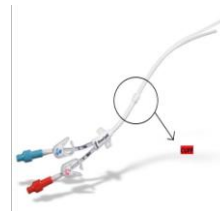


Cateter Central - hemodiálise

- ❖ São colocados numa veia profunda geralmente do pescoço ou da região inguinal sobre anestesia local.
- ❖ Têm pelo menos dois lumens.
- ❖ O comprimento difere, assim como a quantidade de heparina a preencher (indicação da heparinização descrita nos lumens/clamps do cateter).
- ❖ Requer procedimento asséptico na colocação e respetiva manipulação.



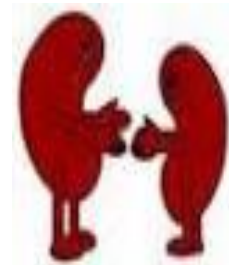
Cateter provisório de hemodiálise



Cateter de longa permanência de hemodiálise

Cuidados de enfermagem com o cateter central - hemodiálise

- ▶ Reduzir tanto quanto possível o número de manipulações.
- ▶ Evitar o uso para colheitas, infusões e monitorizações.
- ▶ Usar técnica asséptica rigorosa (luvas esterilizadas, máscara).
- ▶ Vigiar o aparecimento de sinais de infeção.
- ▶ Complicações: Hemorragia, trombose, infeção, embolia.



Cateter Central - hemodiálise

Manuseamento do cateter de hemodiálise em situações emergentes:

Material:

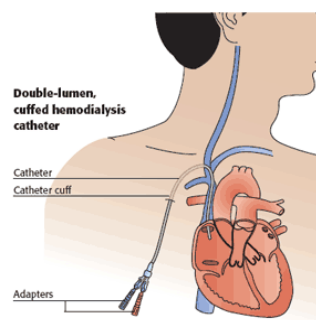
- Solução alcoólica a 70%.
- Luvas esterilizadas.
- Compressas esterilizadas.
- Campo esterilizado com buraco.
- Uma seringa de 5 ml.
- Uma seringa de 20ml preenchida com Nacl 0.9%.

Procedimentos

1. Proceder á desinfeção das mãos.
2. Colocar luvas e mascara de proteção.
3. Humedecer a bolsa de cateter com desinfetante, para ser mais fácil a sua remoção.

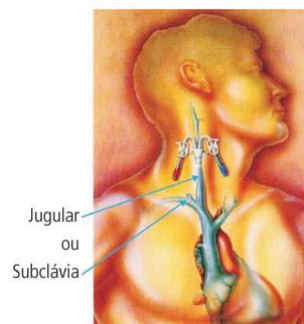


4. Desinfetar a porção distal de ambos os ramos, com solução alcoólica a 70%.
5. Colocar luvas esterilizadas.
6. Colocar o campo esterilizado com buraco.
7. Remover a "tampa" que se encontra na parte distal do ramo a ser utilizado.
8. Conetar a seringa de 5ml nesse ramo e remover a heparina (indicada no ramo ou no clampe).
9. Realizar um "Flush" com 20 ml de Nacl a 0.9% num ritmo pulsátil (administrar-retirar novamente-administrar), para a lavagem ser efetiva.
10. Proceder á administração de terapêutica.

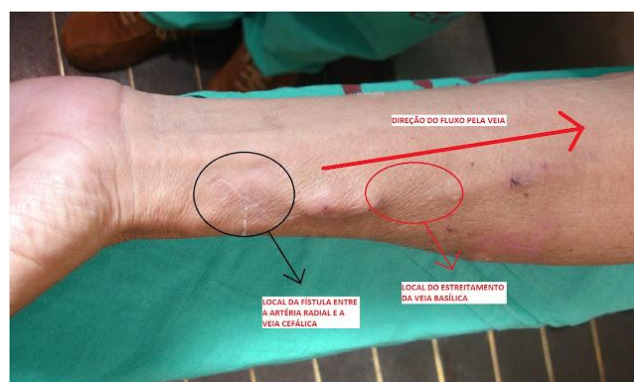


Após a sua utilização, procede-se ao encerramento do mesmo.

1. Desinfetar a porção distal do ramo utilizado, com solução alcoólica a 70%.
2. Colocar luvas esterilizadas.
3. Realizar um “Flush” com 20 ml de NaCl a 0.9%.
4. Colocar a heparina (quantidade descrita no ramo/Clamp).
5. Colocar a “tampa”.
6. Colocar bolsa do cateter.



Fistula arterio-venosa

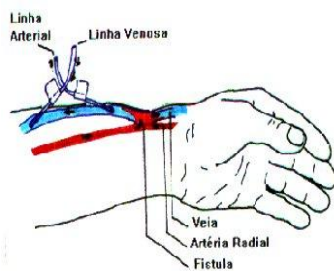


Fistula arterio-venosa

- ❖ É uma anastomose (ligação direta) entre uma veia e uma artéria periférica de pequeno calibre, designado por lago da fistula.
- ❖ Geralmente é efetuada nos membros superiores, de preferência no antebraço não dominante.
- ❖ Habitualmente é utilizada a artéria radial, já que esta não é a artéria dominante em termos de irrigação da mão.

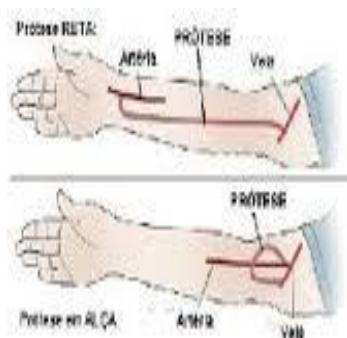


Fistula arterio-venosa



- ❖ O tempo de maturação da fistula não é um processo imediato. Leva o seu tempo.
- ❖ Podendo ser variável, mas em média considera-se 6 semanas, após a sua execução.
- ❖ É o acesso de eleição para a I.R.Crónica.

Prótese arterio-venosa



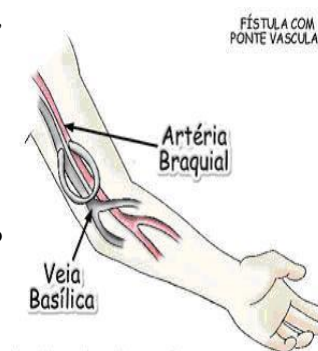
❖ Execução de uma “ponte” entre uma artéria e uma veia.

❖ O material de eleição é o Gore – Tex.

❖ O enxerto é facilmente palpável e visível, logo abaixo da pele.

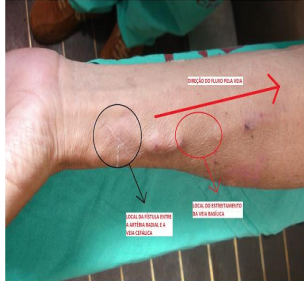
Cuidados de enfermagem na Fistula e na Prótese arterio-venosa

- ✓ Não apertar/garrotar o membro no caso de enxerto, no caso de fistula garrotar se necessário.
- ✓ Não posicionar o doente para lado do membro onde se encontra a fistula/enxerto.
- ✓ Não avaliar TA, nem puncionar veias ou artérias no membro onde se encontra o acesso vascular.
- ✓ Avaliar o funcionamento do acesso vascular.
- ✓ Despiste de sinais inflamatórios.



Fistula arterio-venosa/Prótese arterio-venosa

Punção da fistula e da prótese arterio-venosa em situação emergente:



- Proceder à desinfecção das mãos.
- Colocar luvas e máscara de proteção.
- Avaliar o frêmito e pulso do acesso vascular.
- Desinfetar o local com solução alcoólica a 70%.
- Escolher, criteriosamente o local de punção, deve ser sempre no sentido ascendente.
- Inserção da agulha com o bisel virado para baixo, se não existir as agulhas específicas para a punção utilizar cateter de maior calibre.
- Angulo da agulha +/-35°C.
- A progressão da agulha faz-se na horizontal, seguindo o trajeto do acesso vascular.



Fistula arterio-venosa/Prótese arterio-venosa



- Observar o refluxo do sangue pela conexão.
- Fixar a agulha, colocar um penso rápido em cima do local da punção, evitar colocar um adesivo diretamente em cima de uma solução de continuidade da pele.
- Verificar a permeabilidade da fistula introduzindo 10cc Nacl 0.9% num ritmo pulsátil (administrar-retirar-administrar) se permeável pode-se proceder à administração de terapêutica.

Fistula arterio-venosa/Prótese arterio-venosa



Logo que se consiga um acesso periférico, a terapêutica deve ser administrada por esse acesso e quando possível proceder então à remoção da agulha/cateter no acesso vascular.

A sua remoção agulha/cateter deve ser feita de forma cuidadosa mantendo à posterior uma compressão suave até a hemostasia total.

Bibliografia

- ▶ THELAN, L. DAVIE, J. URDEN, L. - *Enfermagem em cuidados intensivos, Diagnóstico e intervenção*, Lisboa: Mosby, 1993. ISBN972-95399-1-X.
- ▶ PHIPPS, LONG E WOODS - *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e prática clínica*, Lisboa: Mosby, 1990. ISBN 972-95399-0-1.
- ▶ PONCE, PEDRO e SANTOS, JOÃO – *Manual de hemodiálise para enfermeiros*. Lisboa: Edição Clínica de doenças renais, 1980.

OBRIGADO pela atenção!



APÊNDICE VI - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação
“Acessos Vasculares para Técnicas Dialíticas –
Manuseamento dos mesmos em Situações de
Emergência”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“*ACESSOS VASCULARES – MANUSEAMENTO DOS MESMOS EM SITUAÇÕES EMERGENTES*”

O presente questionário tem como objetivo avaliar a satisfação dos enfermeiros em relação à ação de formação realizada sobre o tema “*Acessos Vasculares – Manuesamento dos mesmos em situações emergentes*”

O preenchimento do questionário é voluntário e anónimo.

Assinale com uma cruz ☒ a resposta que melhor corresponde à sua escolha, quanto:

1 – Aos conteúdos:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

2 – À metodologia utilizada:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

3 – Aos meios auxiliares de ensino:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

4 – Ao tempo de exposição dos conteúdos:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

5 – Pertinência do tema:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

6 – Aplicabilidade na prática profissional:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

Sugestões

Data: _____

colaboração!

Obrigado pela sua

APÊNDICE VII - Plano de Sessão de Formação
“Doente em Fim de Vida – Uma Abordagem Ética”

Plano de Sessão

Local - Hospital São Francisco Xavier, Sala de Enfermagem.

Tema- Doente em fim de vida – Uma abordagem ética.

Data - 9 de Novembro de 2012.

Duração da Sessão - 30 minutos.

Público – alvo - Enfermeiros do serviço de urgência.

Nome do formador – Daniela Fernandes

Objetivos:

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a adoção de boas condutas nos cuidados ao doente no seu processo final de vida.

Objetivos específicos:

- ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem, para práticas que dignifiquem o doente no seu processo de final de vida.
- ✓ Refletir sobre alguns dilemas éticos.
- ✓ Reconhecer os direitos do doente em fim de vida.

<i>ETAPAS</i>	<i>CONTEÚDOS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>MAE</i>	<i>TEMPO (Min)</i>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do formador. • Apresentação do tema. • Apresentação dos objetivos. 	Expositiva		5min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre alguns dilemas éticos. • Reconhecer os direitos do doente em fim de vida. 	Expositivo Participativo	Computador Projetor	15min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de conceitos. 	Expositivo		5min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário 			5min.

APÊNDICE VIII - Sessão de Formação
“Doente em Fim de Vida –Uma Abordagem Ética”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Doente em fim de vida

Uma abordagem ética

Hospital São Francisco Xavier - Serviço de Urgência

Daniela Fernandes – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação: Enf.ª Maria João

Tutoria: Prof.ª Patrícia Pontífice

Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem, para práticas que dignifiquem o doente no seu processo de final de vida.
- Refletir sobre alguns dilemas éticos.
- Reconhecer os direitos do doente em fim de vida.



- *Doente em fim de vida* – doente que não responde a nenhuma terapêutica conhecida e que entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte.

Cura



Controlo sintomático!!!



**Doente em fim de vida
/ Família**

Proteção e Ajuda



Profissional de Saúde

- Decisões de Não tratamento;
- Alimentação artificial;
- Confidencialidade;
- Conspiração do silêncio;
- Capacidade de tomar decisões;
- Dizer a verdade;
- Consentimento informado;
- Abstenção/suspensão do tratamento.**



Questões Éticas:



Que tipo de cuidados faz sentido prestar a alguém com uma esperança de vida limitada?



Quais os valores ou princípios que devem orientar os profissionais de saúde na sua relação com o doente?

DECISÕES NO FIM DA VIDA

○ *Formas ativas de pôr fim á vida :*

- Eutanásia;
- Suicídio assistido;
- Homicídio.

○ *Formas de morte assistida :*

Intervenção passiva : Abstenção ou suspensão do tratamento de suporte de vida

- A pedido do doente;
- Sem pedido do doente/família.

Intervenção ativa: Administração do tratamento que encurta o tempo de vida

- Controlo sintomático com efeito de encurtar o tempo de vida;
- Sedação paliativa.

FORMAS DE MORTE ASSISTIDA

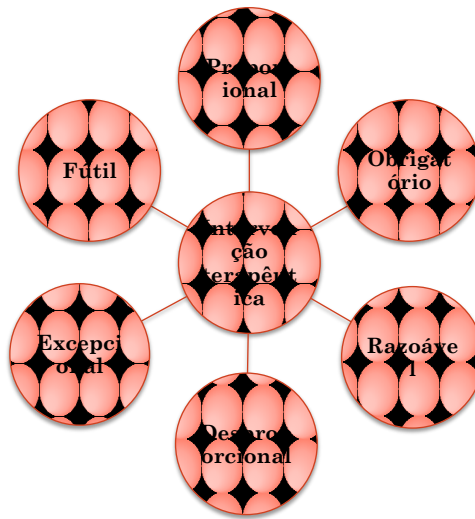
- De um modo geral são todas as formas de ação que têm como finalidade “abreviar” a vida;
- Decisões que integram uma componente técnica mas também são alvo de um processo de deliberação que envolve outros profissionais de saúde, bem como o doente e a sua família;
- Trata-se de saber se a intervenção/abstenção terapêutica é benéfica para o doente, depois de avaliados os benefícios e os inconvenientes.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

- 1. AUTONOMIA** – O respeito pelas escolhas e decisões das pessoas. Constitui o primata da Dignidade Humana. O direito que cada um de nós tem, de ser autónomo e livre, tem subjacente os conceitos de **Autonomia** e **Liberdade**, tal como o Poder de Decisão quando em liberdade e não sob coação.
- 2. BENEFICIÊNCIA** – Obrigação de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal. Os profissionais de saúde têm o dever de praticar o Bem enquanto Cuidam. “É fazer o Bem”.
- 3. NÃO MALEFICIÊNCIA** – Obrigação de não causar dano. Não causar sofrimento com práticas que não trazem benefícios para o doente.
- 4. JUSTIÇA E EQUIDADE** – Obrigação de distribuir equitativamente os recursos sanitários e tratar todos os doentes de igual modo. A Equidade é a distribuição conforme as necessidades, aplica-se o princípio da justiça mas tem-se em conta as circunstâncias, existe então uma “discriminação positiva”.

FORMAS DE MORTE ASSISTIDA

- Devem ser avaliados os seguintes parâmetros:



SUSPENSÃO/ABSTENÇÃO DE TRATAMENTO

Exemplos:

- Doente com leucemia em estado terminal.

Até quando se deve manter suporte transfusional?

- Doente com neoplasia gástrica em estado de progressão avançada, com anemia com hemorragias digestivas persistentes.

Até quando transfundir?

- Doente com neoplasia cerebral em progressão, em estado de estupor com infecção pulmonar.

Está indicada antibioticoterapia? Qual?

SUSPENSÃO/ABSTENÇÃO DE TRATAMENTO

O doente vai morrer por não comer ou por não beber ou o doente não bebe e não come porque está a morrer?



Dilema Ético



- Se a probabilidade de benefício for mínima e os inconvenientes forem muitas grandes, o tratamento não deve ser feito.



Há “*um momento em que a luta chega um término e deve-se parar de investir, porque do contrário estaríamos não somente impondo gastos desnecessários em nome de uma terapia inútil, mas principalmente desrespeitando a pessoa.*” (SERRÃO e PESSINI, 1996, p.27)

- As decisões tomadas devem assentar numa estrutura ética:
 - ✓ A abstenção/suspensão da terapêutica em doentes terminais fazem parte de uma boa prática clínica.
 - ✓ A ausência dessa atitude é eticamente reprovável.



DIREITOS DO DOENTE EM FIM DE VIDA

- ✓ Ser tratado como pessoa humana até ao fim da sua vida;
- ✓ Receber uma atenção personalizada;
- ✓ Participar nas decisões que dizem respeito aos cuidados;
- ✓ Usar os meios necessários para combater a dor ;
- ✓ Receber resposta adequada e honesta às suas perguntas fornecendo toda a informação que ele possa assumir e integrar;
- ✓ Manter e expressar a sua fé;



DIREITOS DO DOENTE EM FIM DE VIDA (CONT.)

- ✓ Manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto das suas decisões poderem ser distintas das dos profissionais de saúde que o atendem ;
- ✓ Ser tratado por profissionais competentes;
- ✓ Receber o consolo da família e amigos que deseja que o acompanhem ao longo do processo da doença e no momento da morte;
- ✓ Morrer em paz e com dignidade.



CONCLUSÃO

- *“No serviço de urgência existem situações graves e complexas, 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).*
- Aquilo que nos é pedido nesses momentos será o alívio das dores, a companhia, a mão que se aperta, a ternura de quem se faz próximo e não a luta obstinada pela vida.

É essencialmente dar qualidade de vida aos dias e não acrescentar dias à vida.

BIBLIOGRAFIA

- ALMINHAS, S. – Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. 75 (2007) p.57-60.
- BARBOSA, A; NETO, I. - Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.
- GONÇALVES, J. – A Boa Morte: ética no fim da vida. 1ª Edição, Coisas de Ler Edições, 2009. ISBN 978-989-8218-21-6.
- MOREIRA, I. – O Doente Terminal em Contexto Familiar . 1ª Edição FORMASAU, Formação e Saúde, 2001. ISBN 972-8485-22-0.
- NUNES, R. (2008) Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamentos em doentes terminais . Actas do X Congresso Virtual HIV/AIDS.



OBRIGADO pela atenção!



APÊNDICE IX - Questionário de Avaliação da Sessão
“Doente em Fim de Vida – Uma Abordagem Ética”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“DOENTE EM FIM DE VIDA – UMA ABORDAGEM ÉTICA”

O presente questionário tem como objetivo avaliar a satisfação dos enfermeiros em relação à ação de formação realizada sobre o tema *“Doente em fim de vida – Uma abordagem ética”*

O preenchimento do questionário é voluntário e anónimo.

Assinale com uma cruz ☒ a resposta que melhor corresponde à sua escolha.

1 – Os conteúdos da ação de formação foram úteis ao exercício da sua profissão?

Inúteis	Pouco Úteis	Úteis	Muito Úteis
---------	-------------	-------	-------------

2 – Os conhecimentos adquiridos são aplicáveis à sua prática diária?

Não Aplicáveis	Pouco Aplicáveis	Aplicáveis	Muito Aplicáveis
----------------	------------------	------------	------------------

3 – A ação de formação terá impacto ao nível do seu desempenho?

Nenhum Impacto	Pouco Impacto	Algum Impacto	Muito Impacto
----------------	---------------	---------------	---------------

4 – O tempo de exposição dos conteúdos:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

5 – Pertinência do tema:

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
-----------	-----	------------	--------------

Sugestões

Data: _____

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXOS

ANEXO I - Certificado do Poster Apresentado
“Humanização da Dor e do Sofrimento”

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 II - Certificado do Artigo Publicado
“Humanização da Dor e do Sofrimento”

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,

Aida Borges