



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Um Caminho para recomeçar...

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

Manuela Dorotea Rodrigues Mota

Abril de 2013





**CATÓLICA PORTO**  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

## Um Caminho para recomeçar...

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

Por Manuela Dorotea Rodrigues Mota

Sob orientação da Prof. Maria Lúcia Rocha

Abril de 2013



*“Não basta fazer coisas boas - é preciso fazê-las bem”.*

**Santo Agostinho**



## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o qual objectiva e relata o percurso reflexivo de aprendizagem realizado no estágio, baseado no percurso típico do doente crítico – no serviço de urgência, na unidade de cuidados intensivos e na unidade de cuidados intermédios e responde, deste modo, a uma exigência pedagógica.

A metodologia adoptada para a sua realização é descritiva, estando patente as vivências experienciadas no decorrer dos estágios, bem como o produto da pesquisa científica efectuada. Como fio condutor em todos estes contextos assistenciais ressalta o direito da pessoa à privacidade e à dimensão da espiritualidade, questão quase sempre relevada para segundo plano de intervenção.

Nele consta uma introdução, seguindo-se a contextualização dos módulos de estágio referidos com a descrição das atividades e competências adquiridas/desenvolvidas na prestação de cuidados ao doente, e a conclusão, baseada numa atitude de constante reflexão e fundamentada numa análise de informação recolhida ativamente, com recurso a uma vasta revisão bibliográfica.

Todo o estágio permitiu a prestação de cuidados ao doente adulto em situação de urgência/emergência/crítico e proporcionou experiências únicas e essenciais para o desenvolvimento de competências humanas, científicas, técnicas, relacionais e éticas. Outro contributo foi a possibilidade de apresentar formação em serviço, nomeadamente sobre “Comunicação e Privacidade” e “Espiritualidade e Saúde” sempre subjacente uma prática profissional de qualidade.

Este é o resultado de um longo caminho, em que foi possível uma demonstração evolutiva na capacidade de tomada de decisão, nunca descurando o código ético-deontológico, nem a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

A Enfermagem procura no conhecimento científico um Cuidar de excelência que consubstanciem as boas práticas, porque atingir a excelência dos cuidados de enfermagem será um caminho árduo, contudo será sempre um caminho construído mas nunca finalizado.

Será sempre um caminho para recomeçar...



## ABSTRACT

This report comes as part of the course of the Post-Graduate in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing at the Institute of Health Sciences, which reports the objective and reflective journey of learning performed on stage, The entire sequence reported was based on the typical route in critically ill patients conducted at emergency department, intensive and intermediate care unit, and responds thus a requirement teaching.

The methodology adopted for its implementation is descriptive, with the experiences experienced patient over the stage, and the product of scientific research carried out.

How common thread in all these contexts assistance emphasizes a person's right to privacy and the dimension of spirituality, concerned mostly in relief for the second intervention plan.

It indicates an introduction, followed by contextualization of training modules referred to the description of activities and skills acquired/developed in providing patient care, and the conclusion, based on an attitude of constant reflection and based on an analysis of information collected actively, using a broad literature review.

Any stage allowed the provision of care to the adult patient in urgency/emergency/critical and provided unique experiences and essential for the development of human, scientific, technical, relational and ethical skills. Another contribution was the opportunity to submit in-service training, including on "Privacy and Communication" and "Spirituality and Health" always an underlying quality of professional practice.

This is the result of a long way, it was possible a demonstration evolutionary capacity in decision-making, never forgetting the ethical code of conduct, nor the continuous improvement of the quality of professional practice.

Nursing demand in caring for one scientific excellence embodying best practices, because achieving excellence in nursing care will be a hard road, but will always be a way built but never finished.

It will always be a way to start ...



## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que este processo de construção pessoal fosse realizado.

À minha orientadora, Professora Lúcia Rocha pelo apoio e orientação disponibilizados na realização deste trabalho, pelos conselhos, pelas sugestões e pelas palavras de incentivo em horas de maior desânimo.

Aos meus Enfermeiros Tutores, Helena Teixeira, Juliana Massi e Paulo Couto pela tutoria, orientação, compreensão e disponibilidade demonstrada.

À Congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição pela força, fé e perseverança que me ajudaram ao longo deste percurso.

A todos os meus amigos e colaboradores que comigo vivem diariamente, pelo apoio, amizade, dedicação e ajuda que sempre demonstraram.

A todos o meu muito Obrigada!



## **LISTA DE SIGLAS**

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CCI** – Comissão Controle Infecção

**CHVNG/E** – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CLE** – Curso de Licenciatura em Enfermagem

**CMV** – Citomegalovírus

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EEMC** – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Enf<sup>a</sup>** – Enfermeira

**EPI** – Equipamento Proteção Individual

**HPH,EPE** – Hospital Pedro Hispano, Entidade Pública Empresarial

**IACS** – Infecção Associada a Cuidados de Saúde

**ICN** – Internacional Council of Nursing

**MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**MRSA** – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAC** – Pneumonia Adquirida na Comunidade

**PNCI** – Plano Nacional Contra a Infecção

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SBV** – Suporte Básico de Vida

**SNG** – Sonda Nasogástrica

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**Sra** – Senhora

**SU** – Serviço de Urgência

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



## ÍNDICE

	<b>Pág</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1 - MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE</b>	17
1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio/alto risco, vítimas de trauma, e sua família, em situação de urgência/emergência	17
1.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros a doentes de médio/alto risco, em situação de urgência/emergência	30
<b>2 - MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE: CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE</b>	35
2.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico/família	35
2.2 – Desenvolver competências de comunicação no relacionamento com a pessoa em situação de disfunção comunicativa, em contexto de cuidados intensivos	44
2.3 – Contribuir para a comunicação com doentes em estado crítico, em contexto de cuidados intensivos	50
<b>3 – MÓDULO III: UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS: HOSPITAL PEDRO HISPANO</b>	55
3.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente/família, em contexto de cuidados intermédios	55
3.2 – Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem seguros doentes em contexto de cuidados intermédios	66
<b>CONCLUSÃO</b>	73
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	75

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I – Ação de Formação – Comunicação e Privacidade no</b>	<b>79</b>
<b>SU – Elementos de Reflexão Ética</b>	<b>81</b>
a) Suporte Teórico	83
b) Plano de Sessão	113
c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação	117
<b>ANEXO II – Ação de Formação – Espiritualidade e Saúde</b>	<b>129</b>
a) Suporte Teórico	131
b) Plano de Sessão	189
c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação	193
d) Questionário da “Avaliação da Ação de Formação”	205
e) Tratamento de dados da “Avaliação da Ação de Formação”	209
<b>ANEXO III – Estudo de Caso – Síndrome de Dressler</b>	<b>215</b>

## INTRODUÇÃO

Este relatório é o resultado do percurso de aprendizagem, reflexão e aquisição de competências que decorreu ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no período de 26 de Abril de 2012 a 02 de Fevereiro de 2013 em contexto de estágio.

Segundo Carrapiço (2001, p.1) *“Um relatório é o conjunto da descrição da realização de atividades e dos resultados obtidos, assim como as ideias associadas, de modo a constituir uma compilação completa e coerente de tudo o que diga respeito a esse trabalho”*. É um documento onde se descreve uma sequência planeada e organizada das atividades desenvolvidas, em contexto de estágio no período de tempo já referido, e permite uma visão abrangente da aprendizagem adquirida, enfatizando-se as competências profissionais adquiridas ao longo deste processo de construção pessoal realizado no estágio, nomeadamente no S.U. e U.C.I.P. do CHVNG/E e na U. C. Intermédios HPH, EPE e responder, deste modo, a uma exigência pedagógica.

A prestação de cuidados de enfermagem implica um conhecimento vasto perante um conjunto de meios físicos, técnicos e humanos especializados. Pires refere que (2008, p. 740) *“A Enfermagem fundamenta a sua prática num agir tendo em vista o melhor bem para a pessoa cuidada (...)”* para isso é necessário articular as várias áreas do saber. O contexto de estágio englobou a passagem pelas três valências anteriormente referenciadas.

Passo então a contextualizar e a referir que o exercício da prática clínica num Serviço de Urgência, os enfermeiros são muitas vezes, confrontados com situações complexas de urgência/emergência de elevada imprevisibilidade, exigindo-se destes profissionais competências especializadas, organizadas e sustentadas que permitam prestar cuidados de qualidade ao doente em estado crítico; numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes estes são também confrontados com situações complexas, o que implica um nível diferenciado de resposta, na abordagem dos doentes em estado crítico, com falência orgânica iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais e que numa Unidade de

Cuidados Intermédios os cuidados são baseados de uma forma intermédia entre os prestados numa enfermaria e os prestados numa unidade de cuidados intensivos, a qual não recebe doentes que necessitam de ventilação assistida, mas pode receber doentes com monitorização invasiva. Neste sentido estes contextos mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e são exigidas aos profissionais de enfermagem competências especializadas relativas a cada campo de intervenção.

O processo de formação é *per si* obrigatório, pois surge como o momento ideal para um aprofundamento, uma demonstração de conhecimentos e também a possibilidade de desenvolver e/ou atualizar competências técnicas e humanas com o objetivo de prestarmos cuidados de Enfermagem de excelência. Durante este período formativo foram inúmeras as competências desenvolvidas na área da comunicação, da educação para a saúde, da qualidade e da segurança dos cuidados, da formação em serviço, da prestação e gestão dos cuidados. A metodologia utilizada para a realização deste documento é essencialmente descritiva baseando-se na reflexão e na crítica sobre a prática, com o recurso ao suporte teórico fundamentando-se as opções tomadas.

Ao longo dos três módulos de estágio foi possível identificar problemas e desenvolver soluções, assim como efetuar uma reflexão aprofundada das ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais. Para além dos problemas identificados a nível da estrutura dos serviços de saúde e nos processos, em particular nas intervenções específicas de enfermagem médico-cirúrgica, foi relevante a deteção de dilemas assistenciais ao nível da privacidade da pessoa e nas questões relacionadas com a espiritualidade. Estes itens têm um impacto direto na qualidade assistencial e nos resultados apresentados pelos utilizadores dos serviços de saúde.

Este trabalho contempla três partes, as quais são constituídas por uma introdução, seguindo-se o desenvolvimento do trabalho, no qual se enfatiza as competências técnicas, científicas, humanas e espirituais adquiridas/desenvolvidas no Cuidar ao doente e família, a vivenciar processos de doença, em estado grave e de elevado risco e termina com uma breve conclusão onde se referencia os fatores que contribuíram para a construção da identidade profissional como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## **1 – MÓDULO I: SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE**

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) possui um Serviço de Urgência Polivalente, que garante uma resposta altamente diferenciada às situações de emergência. É dotado de meios humanos e técnicos adequados à concretização do objetivo fundamental que é cuidar com dignidade e equidade os doentes do foro médico, cirúrgico ou trauma de forma eficiente e eficaz.

### **1.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, de médio/alto risco, vítimas de trauma, e sua família, em situação de urgência/emergência**

O estágio proporcionou experiências únicas e essenciais para o desenvolvimento de competências, quer humanas, quer técnicas e relacionais, de forma a adquirir “(...) *um nível desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades ( ...)*” (OE, 2003, p.16).

No que confere às competências delineadas pela Universidade para os campos de estágio, foram desenvolvidas atividades e estratégias de atuação, direcionadas para os domínios do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da prestação de cuidados especializados, da responsabilidade ética e legal e do domínio da gestão de qualidade.

As atividades desenvolvidas são experiências vivenciadas, descritas de uma forma crítica e reflexiva, que permitiram a aprendizagem e contribuíram para a consecução e desenvolvimento de conhecimentos. O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal, entre o enfermeiro e outra pessoa. Quer o enfermeiro, quer a outra pessoa (cliente), possuem crenças, valores e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O enfermeiro deve distinguir-se pela formação e experiência para entender e respeitar os outros, sem juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de saúde. Os cuidados de enfermagem têm uma origem numa longa tradição cristã, embora nem sempre

com esta conotação, por isso o enfermeiro que presta cuidados deve estar atento às atuais necessidades da saúde do indivíduo/família/comunidade, em contextos complexos e que estão em constante mudança e interação.

Neste módulo verificou-se que a implementação de modelos de triagem de prioridades nos serviços de urgência, foi uma medida de gestão imposta, face à pressão exercida pela afluência elevada de utentes a este nível de prestação de cuidados diferenciados. O princípio que está em causa é o da equidade de acesso a cuidados de saúde, pois será necessário que para igual gravidade esteja assegurado igual atendimento. A metodologia em uso neste campo de estágio é o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester que está informatizado e integrado na solução ALERT, sob a designação de “*Módulo Manchester*”.

Este sistema foi desenvolvido originalmente em Manchester em 1997, e adotado posteriormente como norma em vários hospitais do Reino Unido. Em 2000 foi introduzido em dois serviços de urgência portugueses (Hospital Geral de Santo António e Hospital Fernando da Fonseca) e, atualmente é amplamente utilizado. É uma metodologia de trabalho coerente, que respeita a boa prática médica em situações de urgência sendo fiável, uniforme, objetivo ao longo do tempo e passivo de auditoria.

O objetivo deste sistema é efetuar a triagem de prioridades, isto é, identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo recomendado até à observação médica. Este método é passível de ser utilizado em situações de funcionamento normal do serviço de urgência ou em situações de catástrofe.

Este sistema de triagem não contempla o estabelecimento de diagnósticos, mas sim de prioridades clínicas, uma vez que, estas refletem um número de aspetos de uma condição particular apresentada por um doente concreto (Morais e Rodrigues, 2003). Assenta na identificação da queixa inicial de apresentação e o seguimento do respetivo fluxograma de decisão (que abrange todas as situações previsíveis, incluindo os casos de catástrofe). O fluxograma inclui diversas questões que devem ser colocadas pela ordem apresentada e com uma definição exata dos termos, que formam os designados “*discriminadores*”. Os que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a ser procurados.

Perante a identificação do discriminador relevante determina-se a prioridade clínica, sendo então, atribuída uma cor de identificação à pessoa.

O sistema categoriza o doente numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo (tempo máximo) de observação inicial, ou seja, 1 – Emergente = Vermelho = 0 minutos; 2 – Muito urgente = Laranja = 10 minutos; 3 – Urgente = Amarelo = 60 minutos; 4 – Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; 5 – Não urgente = Azul = 240 minutos. O tempo alvo constitui um valor indicativo e não possui um carácter obrigatório ou legal, sendo muito mais importante o cumprimento dessas metas em relação aos doentes emergentes e urgentes.

Todos os doentes que apresentem situações não compatíveis com o atendimento em serviço de urgência (técnicas programadas, admissões para transplante,...) o sistema prevê a atribuição da cor branca e efetua-se o registo na ficha do serviço de urgência da cor branca utilizada e o motivo da sua atribuição.

Será necessário, para que o sistema funcione sem lacunas, o rigor e a disciplina na aplicação do algoritmo; contudo, mesmo que seja escolhido um fluxograma alternativo (ou porventura menos correto), o resultado final em termos de prioridade clínica e, naturalmente, em tempo alvo de observação, será igual, o que demonstra a fiabilidade e consistência do método.

Este sistema prevê, também, o reforço da equipa de triagem, sempre que se encontrem mais do que dez utentes em espera, deste modo, o tempo previsível desde a chegada ao serviço de urgência e a triagem de prioridades será reduzido. O sistema prevê concomitantemente, a reavaliação dos doentes triados e, em caso de agravamento da situação clínica, o doente deverá ser re-triado pelo elemento mais diferenciado da triagem de prioridades.

Atendendo à instabilidade, física e psicológica, com que é admitido o doente em situação de urgência, as qualificações do enfermeiro responsável pela triagem revestem-se da maior importância, uma vez que, este é o primeiro profissional de saúde com que o doente e família contactam no serviço de urgência. Para que se consiga obter um desempenho eficiente, o enfermeiro responsável pela triagem deve ter (ou desenvolver) competências de comunicação (comunicar de forma clara e adequada com o doente e/ou família nas diversas situações) mas, igualmente, competência para interpretar os dados da avaliação inicial e capacidade de organização para responder às múltiplas

necessidades e solicitações dos doentes, estabelecendo prioridades. O verdadeiro desafio, reside em identificar pistas subtis de um problema grave, que pode adular-se rapidamente, se não se intervir de uma forma rápida e adequada, avaliando e mobilizando todos os recursos necessários.

Uma das lacunas identificadas na prática foi a dificuldade apresentada na avaliação da dor do doente. A dor sendo um dos aspetos cruciais no Sistema de Triagem de Manchester é, por norma, uma avaliação subjetiva do enfermeiro que tria e não uma avaliação objetiva do doente. O enfermeiro que efetua a triagem quando avalia o doente e verifica que apresenta uma situação de saúde mais instável atribui um grau à dor mais intensa/severa com o objetivo de atribuir uma prioridade elevada no atendimento. A gravidade da dor no doente pode significar um grau prioritário no atendimento. Por outro lado, também se verifica que, em doentes recorrentes ao serviço de urgência, há referência a uma dor severa (mesmo não sendo) para uma maior rapidez no atendimento. Esta questão necessita de um enfoque dos profissionais de saúde e de políticas de saúde no sentido do reforço na educação da população na questão da avaliação da dor física e na sua tradução em escalas mais comumente usadas. Denote-se, porém, que a metodologia do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester não garante em si o bom funcionamento do serviço de urgência. Será fundamental proceder a investimentos necessários para promover e concretizar a reestruturação funcional e física, para que os objetivos preconizados pelos protocolos na gestão do doente sejam cumpridos. Na verdade, é necessário definir circuitos de gestão de doentes (encaminhamento após triagem), pois caso contrário, a implementação do sistema será inútil para os mesmos.

Relativamente à gestão de doentes, observou-se deficiências estruturais e uma lacuna evidente na existência de critérios uniformes no atendimento de doentes no serviço de urgência, assim como, nos critérios de internamento. De facto, diferentes equipas têm diferentes procedimentos, denotando-se fragilidades a nível dos processos de gestão.

Nesta área, desenvolvemos competências de **gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e na articulação com equipa multiprofissional como garante da segurança e da qualidade das tarefas delegadas e de adaptação à liderança e à gestão dos recursos às situações, e ao contexto visando sempre a otimização da**

**qualidade dos cuidados.** Ainda nesta dimensão (gestão dos cuidados) foi possível adequar os recursos às necessidades de cuidados e identificar o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Também foi importante verificar que no serviço de urgência, a sala de reanimação tem os recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados a doentes de alto risco e com uma ou mais funções vitais em risco. Está dotado de equipamento de reanimação, com monitorização invasiva e não invasiva, de produtos farmacológicos de forma a assegurar o restabelecimento das funções vitais comprometidas, na pessoa (adulto e pediátrico) em situação crítica, e apresenta capacidade suficiente para prestação de cuidados, no mínimo, dois doentes em simultâneo.

Na sala de reanimação, foi possível cooperar com a equipa, na admissão e na estabilização do doente crítico, na monitorização invasiva e não invasiva, na administração de terapêutica, nas manobras de ressuscitação cardio-respiratória, assim como, nos procedimentos inerentes ao planeamento e cumprimento da transferência intra-hospitalar do doente crítico. De igual modo, foi possível colaborar na verificação da operacionalidade da sala e na reposição de material em falta. As experiências vivenciadas na sala de reanimação que mais contributos aportaram para o nosso crescimento profissional, foram as situações de ressuscitação cardio-respiratória, na medida em que, a participação com a equipa nas etapas da reanimação, permitiu mobilizar e manter atualizados os conhecimentos de SBV e de Suporte Avançado de Vida e tomar decisões fundamentadas, assentes nas mais recentes evidências científicas.

As situações de paragem cardio-respiratória também nos conduziram à reflexão da complexidade inerente à tomada de decisão de não reanimar ou interromper as manobras de reanimação. A equipa multidisciplinar (médicos e enfermeiros) discute entre si, a necessidade de se continuar ou não determinada intervenção terapêutica e continuando, como é que o doente irá beneficiar no futuro e de que forma. Quando esta atitude é tomada estamos cientes da situação clínica, do nível cognitivo e da sua dependência para as atividades de vida, existe portanto, um conhecimento do doente como pessoa e das suas capacidades físicas e cognitivas.

Atualmente as instituições hospitalares estão essencialmente vocacionadas para a evolução tecnológica com a intenção de tratar ativamente a doença. No

entanto, quando isso não é possível e o doente se aproxima da morte o hospital raramente está preparado para cuidar do seu sofrimento no fim de vida. Isto é particularmente visível no serviço de urgência. Contudo, aqui, a complexidade da tomada de decisão reveste-se de contornos de maior complexidade, uma vez que, o doente quando chega ao serviço vindo do exterior, na maioria das ocasiões, surge sem o registo expresso do seu percurso de saúde/doença.

Poder-se-á verificar o fenómeno de obstinação terapêutica, ou seja, o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos doentes, seja em termos de sobrevida ou de qualidade de vida (Urban, 2003). Compete ao profissional de saúde que cuida do doente avaliar a sua situação específica e atuar segundo as “*leges artis*”.

A decisão de não reanimar encontra a legitimidade ética nos princípios da beneficência e da não maleficência (e no princípio do respeito pela autonomia quando o doente também é envolvido no processo de decisão), e deve atentar para que a sua aplicação concreta esteja enquadrada num espírito de equipa, envolvendo todos aqueles que efetivamente cuidam do doente terminal. Se as condições o permitirem, essa decisão não deve ser tomada de forma unilateral, sem que o doente saiba e sem que se conheça a sua vontade. Apesar de todas as reações emocionais que a morte acarreta, os profissionais de saúde têm o dever de permitir que o doente tenha uma morte digna, com o maior conforto possível e no seu tempo certo, sem pretender adiá-la ou atrasá-la indevidamente.

Existe a necessidade de formação acrescida dos profissionais de saúde, no que respeita aos cuidados a prestar ao doente na terminalidade da vida, nomeadamente implementando boas práticas no que se refere, à suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados. Também é fundamental padronizar as ordens de não reanimar para que qualquer doente tenha direito a usufruir do mesmo tipo de cuidados e de boas práticas, independentemente da instituição onde é acolhido. Todas estas questões/reflexões se relacionam com os processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Pensamos ter desenvolvido **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade através:**

**a) da reflexão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade** como sejam a identificação de indicadores de qualidade no âmbito da estrutura, do processo e dos resultados, o desenvolvimento em parceria com o

enfermeiro tutor da análise de recursos materiais e estruturais com impacto na assistência ao doente crítico, dos processos de assistência, em particular na cadeia de gestão de cuidados em contexto de urgência (com especial relevância para o papel preponderante do enfermeiro na triagem do doente em situação de urgência) e os resultados apresentados pelos utilizadores deste contexto assistencial (em particular, a preservação das funções vitais e a transferência em segurança para outros níveis de cuidados), com o objectivo de implementar e institucionalizar boas práticas de gestão a nível institucional, visando um aperfeiçoamento contínuo com alcance de resultados.

b) do reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve a análise e a revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliação da qualidade e partindo dos resultados, a implementação de programas de melhoria contínua.

c) da criação e da manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, da gestão de um ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes e uma atuação proactiva que promova a envolvência adequada ao bem-estar, nunca descurando o risco associado.

A prestação de cuidados simultâneos a vários doentes críticos na sala de reanimação permitiu colaborar com a equipa em parceria com o enfermeiro tutor e perceber as competências de liderança de resposta necessárias em situações de multi-vítima, como sejam, a atribuição de graus de urgência (prioridades) e a tomada de decisão na sequência de atuação perante as mesmas.

A dualidade Doença-Doente são duas partes, numa mesma realidade. Esta realidade pode assumir significativa diferença, quando problematizada conjuntamente com a noção de decisão. Este é um aspeto que merece particular reflexão no ambiente de prestação de cuidados de urgência/emergência.

Como é do conhecimento geral, a ciência apela à objetividade, à sistematização e ao método. São também estes os conceitos que, em condições normais, se articulam com a noção de decisão onde devem estar presentes os elementos de carácter ético e deontológico. Hessen (2001) fez uma distinção pertinente sobre a constituição do pensamento que se valoriza e do pensamento científico. O juízo de valor faz parte da vivência do valor. “*O processo psicológico da valoração chega ao seu termo mediante o juízo*” como refere (Hessen, 2001, p. 24). Sobre este pode, por sua vez, levantar-se um juízo de existência ou de

realidade. É o que acontece quando uma coisa é julgada real por causa do valor íntimo que contém. Porque essa coisa é valiosa (é este o juízo), é por isso que ela é; por ser valor, possui também ser.

Há toda uma cientificidade ligada aos aspetos de prognóstico, terapêutica, etc. A ciência evolui mais em função da doença, que em última análise se reflete no doente. A medicina preditiva articula-se em função da doença. Já a medicina paliativa orienta grande parte da sua ação para o doente. Como refere Santos (2002, p. 51), *“os sistemas de saúde estão mais adaptados aos cuidados da medicina curativa e de reabilitação do que aos cuidados da medicina paliativa (...) os objetivos desta estão apontados para os sofrimentos físicos e minimizam o enquadramento psicológico, social, cultural e espiritual”*.

Existe uma presença evidente dos aspetos científicos na decisão (e todo um trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde para fundamentarem a sua prática na evidência); contudo, há também uma presença dos valores na decisão, quer dos valores associados ao decisor, quer dos associados ao doente. O que nos foi possível observar, em contexto de urgência, foi uma *“racionalização”* desmedida dos cuidados e um processo de tomada de decisão, muito centrado no pensamento científico (e numa vertente técnica), e um inerte desenvolvimento do pensamento que se valoriza.

O processo de tomada de decisão está diretamente relacionado com o desenvolvimento de competências das aprendizagens profissionais. Desta forma, ao longo do estágio foi possível o desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade, a demonstração, em cada situação, da capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, o reconhecimento profissional que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, a fundamentação da praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e a fundamentação dos processos de tomada de decisão e das intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Como resultado saliento que **demonstramos capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e fundamentamos a nossa tomada de decisão subjacente a uma evidência científica, com uma responsabilidade social e ética.**

A metodologia de trabalho idealizada e com tentativa de implementação, no processo de abordagem ao doente crítico ou em situação de urgência/emergência é o método de trabalho em equipa. Contudo, o que é observado na prática difere do que a teoria reporta sobre esta metodologia.

A equipa pode ser definida como um meio para a ação concertada (trabalhar em colaboração). Para tal, implica o respeito mútuo pelas dificuldades e um sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou, procura desenvolver um caminho de cooperação que dê aos enfermeiros uma tarefa mais completa, com mais responsabilidades no seu trabalho; o que significa torná-los mais aptos para interagir com os doentes que recorrem aos cuidados de saúde. Contudo, o que se pode observar/constatar na prática, é que a supervisão/coordenação do enfermeiro responsável de equipa torna-se difícil e com poucos efeitos práticos, devido à dispersão espacial dos elementos de equipa e por vezes um completo desconhecimento (por toda a equipa) dos acontecimentos em tempo real nos restantes setores.

Os cuidados de enfermagem devem ser centrados na pessoa recetora de cuidados. Deveriam ser debatidos e centralizados em reuniões diárias de equipa, nas quais todos deveriam discutir as necessidades de cada doente e ponderar as formas mais eficazes de atendimento. Assim, os cuidados passariam, da fragmentação à continuidade. Porém, não existe entre os membros da equipa, discussão dos focos de atenção de enfermagem nem o estabelecimento de um verdadeiro plano de cuidados. Tudo está centrado na realização de atitudes terapêuticas interdependentes, como sejam, a administração de terapêutica prescrita e a execução de técnicas. Para além da triagem realizada ao utente, pouca ou nenhuma informação posterior, é recolhida que possa ser acrescentada à avaliação inicial e que possibilite a elaboração de um plano de intervenção.

O coordenador de equipa é habitualmente designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, (por norma especialista) sendo uma distinção internamente reconhecida e valorizada. Esta atribuição traduz-se, num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho. Compete-lhe, por exemplo, realizar o plano de distribuição dos cuidados, alocando os doentes aos diversos membros da equipa, segundo as suas competências. Os cuidados são concebidos para otimizar as competências do pessoal em todos os níveis hierárquicos e assegurar a sua

rentabilidade, tomar decisões face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional que ocorram entre os enfermeiros perante uma situação concreta, ou fazer face à coordenação do trabalho de enfermagem nas situações de emergência.

Na realidade constatou-se que, as características de liderança do enfermeiro coordenador de equipa são decisivas para uma efetiva gestão de cuidados, pois as diferenças de coordenação eram evidentes entre as diferentes equipas. Entre estas diferenças poderemos destacar a diferenciação na assistência e o nível de conflitos e a sua gestão. O coordenador da equipa tem a responsabilidade dos cuidados e assume particular importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, a nível do controlo e das técnicas de supervisão, por forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las de uma forma eficiente e eficaz.

O enfermeiro chefe delega funções, não descurando a sua responsabilidade. Toda a sua intervenção vai afetar o funcionamento da enfermagem, tais como, determinar os padrões de desempenho esperados no pessoal de enfermagem, ajudar os membros da equipa a concretizar os objetivos de serviço, dar ao coordenador da equipa oportunidade e auxílio para o desenvolvimento da sua capacidade de liderança/controlo, integrar novos enfermeiros no funcionamento da dinâmica do serviço, motivar os enfermeiros para a melhoria dos cuidados e proporcionar a abertura de todos os canais de comunicação com todos os membros da equipa, para um cuidar mais eficaz.

O poder de decisão está, portanto, descentralizado. De facto, não obstante manter-se uma hierarquia de autoridade, esta é sucessivamente delegada a escalões intermédios e de base, descentralizando a sua concentração da figura da chefia de enfermagem, o que configura uma relativa autonomia de cada enfermeiro.

A prática clínica em parceria com o enfermeiro tutor permitiu o desenvolvimento de competências de gestão de cuidados, foi possível, otimizar o trabalho da equipa e adequar os recursos às necessidades de cuidados, como por exemplo, a obtenção de conhecimentos sobre a legislação, políticas e procedimentos sobre gestão de cuidados, a fundamentação dos métodos de organização do trabalho adequado, a avaliação de riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos, entre outros. Permitiu **desenvolver uma**

## **metodologia de trabalho prestação/gestão eficaz na assistência ao doente/família.**

Outro dos aspetos de política de saúde e organizacionais da assistência à pessoa em estado crítico mais inovadores e com resultados efetivos na prática, foi a implementação da via verde do AVC. O acidente vascular cerebral (AVC) tem uma elevada incidência na região Norte do país, associada a uma elevada taxa de mortalidade e elevada morbilidade, com vários dos doentes que sobrevivem a um AVC a apresentarem sequelas e limitações importantes para o resto da vida. A melhoria das acessibilidades dos doentes na fase aguda das doenças cerebrovasculares, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento poderá conduzir a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade hospitalar e global, por AVC. Daí que, as vias verdes sejam essenciais, não só para melhorar as acessibilidades, como para permitir os tratamentos mais eficazes, dado que, o fator tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico/tratamento é, no AVC, fundamental para a redução de mortalidade e das sequelas motoras e funcionais.

A Via Verde define-se como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância, para a saúde das populações.

O AVC isquémico (que representa 75% de todos os AVC) resulta da oclusão de uma artéria cerebral. O objetivo terapêutico na fase aguda do AVC isquémico é o da re-permeabilidade da artéria ocluída, por meios farmacológicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e a consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. A redução da mortalidade e morbilidade pelas terapêuticas de reperfusão verifica-se, sobretudo nas primeiras três horas após o início de sintomas.

O sucesso da implementação da via verde do AVC depende de como se desenrola, de forma mais ou menos coordenada, de toda a cadeia de acontecimentos: dependerá não só do acionar do sistema de emergência pré-hospitalar por parte do cidadão através do 112, como também do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento para

os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas, atempadamente, por parte do INEM.

A intervenção na pessoa acometida de AVC em situação aguda, dentro da janela de tempo terapêutica para efetuar trombólise, foi, uma experiência enriquecedora. Permitiu consolidar conhecimentos ao nível de avaliação neurológica do doente, das principais sequelas do AVC, dos critérios clínicos, neurológicos e radiológicos para a realização do tratamento de eleição em fase aguda. A monitorização do nível de comprometimento neurológico antes, durante e após a perfusão do trombolítico é da responsabilidade de enfermagem, tornando-se crucial a identificação precoce de alterações como o tempo de alerta/resposta, resposta verbal e motora, oculomotricidade, campos visuais, simetria facial, função motora do membro superior e membro inferior paréticos, ataxia dos membros, linguagem, disartria, entre outros.

A prática clínica desenvolvida em contexto da área laranja e sala de emergência permitiram mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações de saúde e às respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família.

Nesta dimensão, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, através da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, na gestão de forma diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, na assistência à pessoa e família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e na gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Outra situação que ocorre e que está inerente à prestação de cuidados em ambiente de cuidados urgentes/emergentes é o transporte do doente crítico. A tomada de decisão para o transporte do doente crítico reveste-se de particular complexidade. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, em particular nas situações de hipóxia, hiper/hipocapnia,

instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e agravamento de lesão vértebro-medular, ou sempre que, a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem uma mais-valia aparente.

Proativamente deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente, nas fases de maior risco: nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (> 30 minutos). Deve ter-se em atenção, nomeadamente, a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria do ventilador de transporte, a exteriorização ou “*clampagem*” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria/carga elétrica de equipamentos.

A preparação da equipa de transporte deve incluir, o equipamento para o suporte avançado de vida e, desejavelmente o suporte avançado de trauma. Contudo, muitos dos profissionais que desenvolvem a sua atividade no serviço de urgência, não possuem estas qualificações específicas e, o número elevado de transportes (em particular intra-hospitalares) torna este procedimento rotineiro, o que, em alguns casos, poderá conduzir a uma menor atenção às questões de segurança imprescindíveis para salvaguarda do bem-estar do doente. Ressalvo que o nosso desempenho, neste domínio obedeceu sempre ao cumprimento de todas as normas exigidas, em parceria com a supervisão tutorial.

O transporte de doentes críticos permitiu desenvolver competências de gestão do risco clínico, com interferência direta na segurança de doentes e profissionais, gerindo o risco a nível da Unidade de Cuidados. Foi importante a colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros, do envolvimento de todos os colaboradores na gestão do risco, na prevenção dos riscos ambientais nesse decurso, no desenvolvimento de mecanismos formais para a participação dos incidentes, na avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa e no desenvolvimento dos sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

## **1.2 - Contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem que assegurem o respeito pela privacidade de doentes de médio/alto risco, em situação de urgência/emergência**

Uma das questões a merecer reflexão ética na maioria dos serviços de urgência é a questão do direito da pessoa à privacidade e à comunicação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Para Dias (2004, p. 58) a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão “*do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem)*”. Bartel (1994), Almeida (2004) e Nóvoa (1988) por outro lado, enfatizam a formação profissional como uma prática de recursos humanos. Almeida (2004, p.312) refere que o objetivo da formação profissional é “*promover, modificar comportamentos no sentido de cumprir os objetivos organizacionais de desenvolvimento*”. No mesmo sentido, Nóvoa (1988) refere que a formação é um processo de mudança organizacional, devendo para isso, estar intimamente articulada com os objetivos da organização onde os formandos exercem a sua atividade profissional.

No quotidiano dos enfermeiros ocorrem muitas oportunidades formativas e os profissionais de saúde têm necessidade de adquirir um conjunto de saberes, que não são estandardizados, mas são saberes constituídos com base na formação inicial enriquecidos e atualizados a partir de novos conhecimentos, através da interação entre a formação e a experiência, “*a otimização do potencial formativo das situações de trabalho passa, em termos de formação, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que proporcionem no ambiente de trabalho as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências de aprendizagem a partir de um processo formativo*” (Canário, 1994, p.26).

A produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente reflexão das suas práticas. Espiney (1997) refere que refletir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. Ainda Espiney (1997, p.183) salienta que “*a formação dos profissionais através de um processo reflexivo, com base na sua experiência, requer que se enfatize a ligação do profissional como local de trabalho*”. Segundo Canário (1994, p. 27), “*para que a experiência se converta em saber, é*

*necessário fazer do exercício de trabalho objeto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão diretamente implicados*". Este tipo de formação é a base para o desenvolvimento de competências, que deve ser criativa e promover a reflexão crítica de forma a dar resposta no desenvolvimento das suas atividades aumentando a sua performance, não abandonando os conhecimentos adquiridos na formação inicial, mas sim complementando-os com a formação pós-graduada.

Aliado ao facto da pessoa que recorre ao SU estar numa situação de extrema vulnerabilidade, pela incerteza de um diagnóstico e tratamento concomitante para a sua situação de doença aguda, a permanência efetua-se em macas, muitas vezes, por longos períodos de tempo, e a possibilidade de se obter e receber atenção personalizada por parte de algum profissional é tarefa árdua e, na eventualidade de o conseguir, a comunicação e a privacidade poderão estar comprometidas pela inexistência um espaço físico privado que assegure o respeito por este direito da pessoa.

A abordagem do doente com cortesia, profissionalismo, disponibilidade e compreensão é imperativo no SU face aos aspetos emocionais em presença e que vão afetar a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro-doente. Como refere Goleman (1997) as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara, logo, a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário. E como as primeiras impressões são as mais duradouras, deverão ser desenvolvidas atitudes impregnadas de atenções positivas, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor na cascata de emoções negativas vivenciadas perante o confronto com a doença.

A questão da intimidade e privacidade da pessoa atendida num SU reveste-se de uma enorme complexidade, pois estão em conflito a obtenção, a partilha de informação e a prestação de cuidados num espaço definido de tempo (previsivelmente curto) e a garantia destes direitos, tendo sempre como observância o fundamento ético o respeito pela dignidade da pessoa humana.

Partindo do pressuposto de que a formação em serviço é uma estratégia vanguardista que promove a adoção de comportamentos baseados na melhor evidência científica disponível, foi realizado um trabalho escrito sobre "Comunicação e Privacidade no SU", com apresentação dirigido aos enfermeiros

do serviço. Foi importante sensibilizar os enfermeiros para a necessidade da implementação destas dimensões, na globalidade dos cuidados, assim como proporcionar espaços para uma análise reflexiva das práticas. (Ver Anexo I).

Estas atividades culminaram na aquisição das seguintes competências, **a identificação das necessidades formativas do serviço e a promoção da formação em serviço**. A par do processo formativo de ensino-aprendizagem foi importante a colaboração de supervisão de uma estudante do CLE, que paralelamente permitiu enfatizar as aprendizagens adquiridas, relacionando-as com as competências desenvolvidas e compreender o seu contributo para a vida ativa futura. Foi um processo biunívoco.

O conceito de supervisão clínica proposto por Alarcão e Tavares (1987, p.197) para quem a supervisão é o *"processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação"*.

Nunca descurando o papel de estudante, esta oportunidade permitiu abordar a supervisão como estratégia que visa o desenvolvimento de competências e promove uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade dos cuidados. Essencialmente permite alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade de práticas, devendo ser facultados os meios de apoio e desenvolvimento acompanhado. Neste sentido, o estágio é um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida. Assim, através da componente de teor prático, é possível adotar intervenções terapêuticas e ser capaz de aprender com as experiências dos cuidados. O envolvimento numa equipa multidisciplinar de saúde num contexto real permite estimular as habilidades, as capacidades crítico-reflexivas e promover autonomia e responsabilidade.

Foi sem dúvida uma mais-valia que contribuiu para o desenvolvimento de competências em supervisão clínica em enfermagem, porque é importante estimular nos estudantes o pensamento crítico, o questionar sobre o quotidiano de trabalho e sobre a forma de exercer a profissão e o porquê desse processo formal. Numa profissão como a enfermagem, é necessário usar a reflexão como estratégia de aprendizagem. O supervisor deve proporcionar condições para a

reflexão crítica, questionando o processo de enfermagem, de modo a aferir a utilização da capacidade de interpretação, análise, autorregulação e auto-explanação em todo o processo.

Deve-se dar prioridade à construção de saberes a partir dos problemas, em detrimento do desenrolar de conteúdos teóricos, confrontando os estudantes de enfermagem com situações reais e avaliar a sua capacidade de pensar autonomamente correndo, como é óbvio, alguns riscos. O local de estágio é um contexto em que podemos aliar o teórico ao prático e nesse sentido o SU é um local rico em experiências que podem ser aproveitadas para a aprendizagem.

As técnicas pedagógicas adequadas são estruturantes pois privilegiam os processos de autoconhecimento, de reflexão e formação ativa. O estudante é o ator principal da sua formação, e a supervisão gere os processos de avaliação, na medida em que, existe uma verificação periódica que determina a competência e o progresso de um estudante.

A supervisão de estudantes de enfermagem é uma área que assume cada vez maior importância, visto que a exigência da sociedade é cada vez maior. Hoje em dia espera-se que um enfermeiro seja capaz de cuidar com qualidade, que seja competente, que mobilize os seus conhecimentos e capacidades no contexto oportuno e de forma adequada. Espera-se que seja um profissional capaz de lidar com o imprevisto, que analise de forma correta e que tome decisões refletidas, através de um pensamento crítico.

O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 83º - “Do direito ao cuidado” declara que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”*. O enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão.

Todos sabemos que os serviços de urgência são, de facto, o primeiro recurso e porta de entrada no SNS e muitas vezes o primeiro e único rosto a dar resposta a situações de cariz social - situações de idosos abandonados, de pessoas sem abrigo, de dependentes de álcool e de drogas, de doentes terminais, de doentes crónicos, de pessoas agredidas, de crianças mal tratadas/negligenciadas e, até, de pessoas agitadas e agressivas trazidas pelas autoridades.

Só que a pressão que é exercida pela afluência a estes serviços condiciona atendimento impróprio, pela impossibilidade de abordagem global do doente, pelas falsas tranquilizações (pois as respostas são, geralmente, de circunstância), pela dificuldade no controlo de doenças crónicas, pela aplicação de paradigmas de abordagem que são próprios para situações agudas a casos crónicos, pela impossibilidade de os profissionais terem o seguimento e avaliação do impacto dos seus procedimentos, pela impossibilidade de construir uma relação funcional profissional de saúde-doente e pela dificuldade em ter uma abordagem integrada para o doente com multipatologia (DGS, 2001). Fica também vacilante o assegurar do direito à privacidade e a comunicação estabelecida num clima terapêutico. Daí que um aspeto a ter em consideração futura, reporta-se à arquitetura dos espaços, que para além de assegurarem a correta funcionalidade, devem ser acolhedores e permitirem um cuidar que preserve a intimidade e permitam a comunicação de informação sensível em privacidade.

Esta reflexão conduziu-nos ao desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do **desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção, na demonstração de uma prestação segura, profissional e ética, com recurso a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.**

Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente. As práticas de cuidados de enfermagem respeitaram sempre os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tal como descritos no Código Deontológico, o acesso à informação, na equipa de Enfermagem foi respeitada, assim como a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, a dimensão da privacidade foi considerada, o respeito do doente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido, nunca descurando o respeito pelos valores, costumes e as crenças espirituais. A pedra basilar baseia-se na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente.

## **2 – MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE: CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE**

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do CHVNGAIA/ESPINHO, EPE foi criada em 06 de Julho de 1988, como um serviço orgânico-funcional dotado de autonomia técnica, de materiais e de recursos humanos próprios, com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Para além da missão desta unidade acresce referenciar, que como parte integrante da mesma, o ensino pré e pós-graduado no sector médico e de enfermagem, bem como a formação profissional, dada a dinâmica da investigação e conseqüentemente o constante desenvolvimento científico e profissional. Também tem como finalidade, tentar desempenhos sustentados em padrões de excelência e conquistar o respeito da Instituição e dos nossos pares de outros hospitais.

### **2.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes em estado crítico, e sua família**

A UCIP é uma unidade dotada de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato; o que não é possível efetuá-lo noutros serviços do hospital. Deste modo, proporciona-se aos doentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada, permitindo reduzir a mortalidade e a morbilidade nos doentes de médio e alto risco e melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados. Os critérios de admissão na UCIP estão determinados, sendo os principais, os seguintes: falência respiratória, falência hemodinâmica, pós-operatórios e politraumatizados com complicações respiratórias e/ou hemodinâmicas, intoxicações graves, doentes neuro-cirúrgicos e das especialidades de cirurgia plástica e reconstrutiva e da maxilo-facial.

A proveniência dos doentes, faz-se através dos serviços de urgência e/ou por transferência de outras unidades da instituição hospitalar. A admissão do doente na UCIP é sempre da única e exclusiva responsabilidade do médico de serviço na UCIP, devendo transmitir sempre essa informação à equipa de enfermagem. Cabe ao enfermeiro que irá ficar responsável pelo doente a admitir, a verificação e preparação da unidade, de acordo com a condição clínica do doente.

A pessoa internada em contexto de cuidados intensivos é, comumente, designada como doente crítico. Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Durante o estágio foi possível verificar que o papel do enfermeiro que cuida do doente crítico é essencial para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado. A observação contínua da situação clínica do doente coloca-o numa posição única, para identificar problemas e iniciar os procedimentos adequados. O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, o que exige equipamento e dotações de pessoal adequadas, de forma a satisfazer as necessidades previstas para estes doentes.

O método de prestação de cuidados de enfermagem praticado na UCIP é o método individual, baseado no conceito de cuidado global, o que implica afetação de um enfermeiro a um único doente ou mais do que um, se a *“carga de trabalho”* o permitir (no máximo o rácio doente/enfermeiro é de 2:1). Desta forma foi possível observar que o atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro afeto ao doente. A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente crítico depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assenta principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível. A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados para cada doente, embora exista um grande intercâmbio de informação com o enfermeiro responsável de turno. O enfermeiro chefe é responsável, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em

todas as etapas do processo de prestação de cuidados, mas estas tarefas estão delegadas ao enfermeiro responsável de turno.

Este método de trabalho parece ser o adequado ao contexto de cuidados intensivos pois a abordagem ao doente crítico não pode ser segmentada e requer do profissional de enfermagem uma grande integração de competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitam diagnosticar necessidades em saúde e efectuar um plano de intervenção global. É requerida, igualmente, perícia, para o manuseamento da mais diversificada tecnologia (para perfusão de terapêutica, monitorização hemodinâmica, ventilação, monitorização terapêutica, técnicas dialíticas, entre outras).

A metodologia de trabalho referida permitiu **a prestação de cuidados individualizados e personalizados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença grave e em estado grave e ou falência orgânica.** Embora não possuindo experiência na prestação de cuidados ao doente crítico, todas as dificuldades foram ultrapassadas por deter elevada consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira.

No sentido de **mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico transpondo-os para o percurso profissional** e imbuída pela **auto-responsabilização da facilitação da aprendizagem, na área de EEMC**, foi enriquecedora a pesquisa teórico prática no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico, nomeadamente, monitorização do doente crítico (débito cardíaco, traçado eletrocardiografia, pressão arterial invasiva e não invasiva, oximetria de pulso e capnografia, pressão venosa central, pressões intracranianas, pressões intra-abdominais), - ventilação mecânica (modos ventilatórios, complicações da ventilação mecânica, desmame ventilatório, equilíbrio ácido-base), - ventilação não invasiva, - reanimação cárdio-respiratória (ritmos de paragem e periparagem), - suporte nutricional artificial (entérico e parentérico); - métodos de depuração extra-renal (hemofiltração e hemodiálise), - farmacologia – terapêutica mais utilizada em cuidados intensivos,- alterações hidroelectrolíticas.

No decurso do estágio estiveram sempre inerentes as normas deontológicas e as leis que regem a profissão com assunção inequívoca da responsabilidade pelas decisões tomadas e pelos atos praticados.

Estas intervenções desenvolvidas encontram enquadramento no REPE e no Código Deontológico (suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas): A adoção de uma conduta responsável e ética e atuação no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos doentes a quem foram prestados cuidados; o atendimento da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, a abstração de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e/ou família e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; o respeito pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa; o desenvolvimento de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes; a organização, execução e avaliação das intervenções de enfermagem ao doente crítico e família; e a tomada de decisão partilhada com a enf.<sup>a</sup> tutora sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa da pessoa (sempre que possível) e família; a utilização de técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade; a participação na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença; os procedimentos relativos à administração da terapêutica prescrita, deteção dos seus efeitos e atuação em conformidade, e, em situação de emergência, e os procedimentos de acordo com a qualificação e os conhecimentos, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais; a participação na reflexão sobre protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; a realização, sempre que foi possível, de ensino ao doente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos; a informação ao doente e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; o atendimento com responsabilidade a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; e a informação fornecida sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

**Com a adoção desta postura profissional foi possível otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisões e revelar tomada de decisão ética, em situações da prática em EEMC.**

A maioria dos doentes internados na UCIP tem necessidade de ser submetidos a ventilação assistida invasiva, pelo menos numa fase inicial pela sua instabilidade hemodinâmica e laboratorial. A aquisição de conhecimentos na área da ventilação assistida foi uma mais-valia em contexto profissional. Apesar de ter alguns conhecimentos teóricos nesta área, foi notório o quanto ainda há para aprender no que diz respeito aos diferentes modos ventilatórios e aos cuidados ao doente submetido a ventilação assistida.

Em relação à prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco submetidos à ventilação assistida, as oportunidades foram várias, o que proporcionou um aperfeiçoamento de competências relativas à manutenção da permeabilidade da via aérea de adaptação dos modos ventilatórios à situação do doente.

Relativamente ao desenvolvimento de competências científicas e técnicas adequadas à prestação de cuidados ao doente com ventilação artificial, centraram-se na colaboração, na execução de cuidados aos doentes entubados com tubo orotraqueal ou traqueostomizados (desde a manutenção da permeabilidade da via aérea, do correto posicionamento e fixação de tubos e cânulas), à vigilância de parâmetros respiratórios, a má avaliação da adaptação do doente à prótese ventilatória, à colheita de secreções para análise de aspirado traqueo-brônquico, à execução de nebulizações através do circuito inspiratório do doente e ao doente submetido a ventilação assistida com sonda de circuito fechado, entre outros.

Nesta área para além de questionar os enfermeiros pontualmente e sempre que surgissem dúvidas, houve necessidade de algum investimento ao nível da consulta de protocolos e bibliografia sobre a temática. Nestes doentes houve necessidade de para além de relacionar o estado clínico do doente, os valores laboratoriais e de monitorização, a adaptação dos parâmetros e do modo ventilatório ao objetivo de tratamento.

Durante este estágio, surgiram oportunidades que permitiram a colaboração e a participação na preparação de material para colocação de linha arterial, de cateteres centrais e drenos torácicos, assim como a colaboração na remoção dos mesmos. Foi ainda possível a prestação de cuidados ao doente submetido a técnicas dialíticas – hemofiltração veno-venosa, desde a preparação

de todo o circuito necessário ao tratamento, como execução e monitorização do mesmo.

Em relação aos protocolos terapêuticos complexos, foi pacífica a gestão/administração, pois permitiu a possibilidade de um diagnóstico precoce, a implementação de respostas, a monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados (nomeadamente em relação à gestão/adaptação do doente aos parâmetros ventilatórios; à resposta sistémica de terapêutica vasoactiva; à gestão do protocolo nutricional; à gestão do transporte do doente crítico para realização de MCDT).

Outros dos aspetos a não descurar na UCIP é a dor do doente, uma vez que, na maior parte das vezes não pode ser expressa verbalmente, daí que a capacidade de observação clínica do enfermeiro é particularmente relevante. Foi pertinente a **gestão da diferenciação da dor e do bem-estar da pessoa e a otimização das respostas**; permitiu a utilização da escala das faces, associado a outros dados clínicos, como a alteração hemodinâmica ou desadaptação do modo ventilatório. Permitiu uma gestão da terapêutica dirigida à dor, assim como terapêutica não farmacológica.

A admissão de doentes em Unidades de Cuidados Intensivos deve resultar duma cuidadosa ponderação entre os benefícios e as desvantagens do seu internamento nas referidas Unidades. Os benefícios incluem não só terapêuticas mas, também, a vigilância intensiva e os inconvenientes envolvem um maior custo de prestação de cuidados, exposição a maiores riscos de infeção e utilização dum recurso limitado (Rosenthal *et al* , 1998; Rivers *et al*, 2001). Está, assim, envolvido no processo de admissão de uma pessoa em contexto de cuidados intensivos, um raciocínio de avaliação do risco-benefício centrado na condição do doente, embora equacionando também a natureza e os recursos da Unidade em questão (Coleman, 1996).

De um modo geral, poder-se-á dizer que beneficiam da admissão e permanência em cuidados intensivos pessoas gravemente doentes mas com potencial de recuperação (Ferguson e Oh, 1988). Quer os casos clínicos menos graves/complexos, quer as situações que pela sua própria natureza ou pelo contexto clínico do doente se revestem de extrema gravidade e elevada probabilidade de irreversibilidade, não só não beneficiam da admissão e permanência em cuidados intensivos, como estas se podem mesmo revelar

inconvenientes para o próprio doente e, inevitavelmente para outros eventuais candidatos à admissão na Unidade (Schneiderman, Gilmerv e Teetze, 2000).

A escassez de camas destinadas a cuidados intensivos, para atendimento ao inúmero número de doentes elegíveis em todo o mundo, é um dos principais limites para admissão em cuidados intensivos (Simchen, *et al*, 2004). Devido aos elevados custos despendidos com recursos de alta tecnologia, deve-se atentar para a necessidade de se ocupar tais camas com doentes com reais probabilidades de recuperação. Dessa forma, torna-se necessário racionalizar uma conduta para admissão de doentes em cuidados intensivos, principalmente quando as camas são escassas. Isso torna muitas vezes a escolha direcionada aos doentes mais graves com múltiplas disfunções e poucas possibilidades de tratamento, fato que poderá limitar a monitorização em doentes com potenciais riscos que acabam sendo atendidos tardiamente em piores condições.

Foi possível observar ao longo do estágio, a admissão de doentes com idades superiores a 75 anos, com disfunção multi-orgânica e que acabaram por morrer. Isto leva a algumas interrogações éticas, relacionadas com o princípio da beneficência, com a idade como fator limitador da admissão, dos limites da intervenção humana nos processos de saúde-doença e nos processos de transição para a morte. A admissão de um doente em cuidados intensivos exige uma tomada de decisão do corpo clínico, embora toda a equipa multiprofissional deva crescer na reflexão ética das decisões empreendidas.

Um fator que constitui, sem dúvida, uma barreira à tomada de decisão clínica é os conflitos interpessoais. Esta é considerada uma atividade social que envolve o doente e os elementos da equipa de saúde. Em geral o doente espera que sejam tomadas as melhores decisões, para o seu problema de saúde.

O profissional de enfermagem participa na tomada de decisão nas mais variadas áreas da prestação de cuidados na UCIP, das quais, a ventilação, o ajuste terapêutico, o tratamento de feridas, o transporte do doente crítico, entre outros. A tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. É essencial para otimizar os resultados para e com os doentes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar transparência na tomada de decisão. Um corpo de conhecimentos reconhecido traduz-se na liberdade para a prática

autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela auto-regulação profissional.

Esta envolve aspetos como a colheita de dados minuciosa, a elaboração de um diagnóstico, a seleção da intervenção e um prognóstico da ação ou intervenção. Contudo em ambiente de cuidados intensivos, a abordagem de um doente crítico é uma situação potenciadora de stresse, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades. O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática são fatores de extrema importância para reduzir o stresse da decisão e da ação. A experiência e a mobilização adequada do saber são sem dúvida, dois dos fatores que mais contribuem para a tomada de decisão consciente e com melhores resultados.

A experiência proporcionada em contexto clínico de cuidados intensivos proporcionou o desenvolvimento **de uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

No que concerne aos cuidados de enfermagem ao doente crítico, a realização deste estágio permitiu perceber que a prática na UCIP assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) da monitorização, avaliação, diagnóstico, e tratamento, asseguradas em função das necessidades do doente crítico, com assistência médica e de enfermagem qualificada vinte e quatro horas por dia. De acordo com Amorim (2003), a unidade de cuidados intensivos é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de doentes graves ou de risco, que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Um meio facilitador de integração na equipa pluridisciplinar prende-se com a existência de normas e protocolos. A primeira semana de estágio permitiu o conhecimento dos protocolos existentes na UCIP, disponibilizados pela Sra enfermeira chefe e pela Sra. enfermeira tutora. Muito embora alguns dos protocolos ainda careçam de aprovação pelo Conselho de Administração do hospital, foi possível uma observação do padrão de atuação nas mais diferentes áreas, por parte de todo o *staff de enfermagem*. Estas normas e protocolos são de grande interesse e utilidade para a prática diária de enfermagem. Por um lado, servem de ferramenta de apoio e integração aos elementos recém-chegados à

unidade por outro lado, permitem uma uniformização do Cuidar, com mais segurança. De entre os protocolos consultados destacam-se: a perfusão de aminas simpaticomiméticas, nutrição entérica (perfusão e actuação em situação de estase gástrica), a entubação e extubação orotraqueal, a norma de visitas e os critérios de admissão, alta e transferências.

A nutrição enteral constitui uma prioridade importante em alguns doentes internados nesta unidade. A sua utilização permite um aporte de nutrientes, lípidos, vitaminas, eletrólitos de acordo com as necessidades dos destes. A sua preparação, administração e manutenção exige o cumprimento de protocolos adequados. Foi possível a sua realização durante o estágio. Existiu também a oportunidade de questionar o protocolo vigente, nomeadamente no que se refere à pausa alimentar com conteúdos gástricos de 150 ml, quando *guidelines* recentes recomendam esta atitude com volume gástrico de 300 ml (de acordo com DeLegge, 2011).

Por outro lado, relativamente ao protocolo de monitorização da glicemia capilar e à correcção com insulina de acção rápida, que implica intervenção horária, não parece evidenciar melhor controlo glicémico relativamente a diferentes procedimentos, para além de implicar picada (não isenta de dor) de modo sequencial/horário (ver a este respeito Kavanagh e McCowen, 2010).

Prestar cuidados de Enfermagem, nos nossos dias é um processo humano, social e técnico e que se reflete pela liderança, motivação, colaboração e utilização de uma metodologia de trabalho eficaz. A prática de protocolos é evidenciada nos diversos contextos de estágio referidos e pode-se aferir que são compatíveis com as normas existentes em cada local. A aquisição de competências baseou-se na prática clínica e reflexiva e na consulta de todos os protocolos e normas genéricas existentes, já que todas as metodologias de padronização contribuem para um cuidar em segurança e orientam para a tomada de decisão.

Ficou a sugestão da implementação de uma norma realizada, sobre a assistência espiritual e religiosa que foi bem recebida e aceite pela equipa. Hoje em dia, a implementação de *guidelines* é premente, para uma uniformização de linhas de orientação de atuação, recorrendo a uma prática baseada na evidência. Uma postura reflexiva sobre a prática, nomeadamente sobre protocolos e normas de atuação permitiu conforme se abordou, **prover a liderança na formulação e**

## **implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática de EEMC.**

A área de prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) tem especial relevo nas intervenções da equipa interprofissional. Os procedimentos recomendados pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) são respeitados e monitorizados pelo grupo de enfermeiros dinamizadores da CCI. Para além do cumprimento com a lavagem das mãos e requisitos de fardamento (com todas as medidas de proteção universal), há a referir o circuito de lixos, que se encontra bem definido, com toda a sinalética identificativa e com respeito pelo cumprimento das regras de manuseamento.

De referir que o único *handicap* referente a esta temática é estrutural, a sala de sujos situa-se muito próxima da central de enfermagem, existindo apenas uma porta de acesso (que se encontra permanentemente aberta). Foi possível discutir pormenorizadamente todas as questões relacionadas com a prevenção e controlo de IACS com diferentes elementos da equipa interprofissional, entre os quais a enfermeira tutora e os dois elementos dinamizadores da CCI, em que **foi enfatizado a importância da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante o doente em situação grave e em estado crítico face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.**

## **2.2 – Desenvolver competências de comunicação no relacionamento com a equipa de saúde, pessoa e família em situação de disfunção comunicativa, em contexto de cuidados intensivos**

*“Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de (...) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalha, colaborando, com a sua responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”* (Código Deontológico do Enfermeiro, 2003, p. 121).

Durante as primeiras semanas surgiu a oportunidade de obter um conhecimento e estabelecimento mais próximo com os diferentes elementos da equipa multiprofissional. A relação empática desde logo estabelecida com a enfermeira tutora foi determinante para a integração neste contexto específico de cuidados (colocação de uma posição de vulnerabilidade por ser inovadora). Foi

assim possível uma abertura mais célere de canais de comunicação, com todos os elementos da equipa, como o desenvolvimento da capacidade de perceção acerca das características específicas da comunicação em cuidados intensivos, com o doente e família.

Foram, de facto, inúmeras as situações de prestação de cuidados que, ao longo do estágio exigiram **a gestão da comunicação interpessoal entre os membros da equipa e com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**

A relação interpessoal exige prudência, responsabilidade, solidariedade, lealdade para com os colegas e com a profissão. Tal como refere o Código Deontológico (OE, 2003), nos artigos 90º, intitulado “*Dos deveres para com a profissão*”, e 91º, “*Dos deveres para com outras profissões*”, “*o enfermeiro assume o dever de proceder com correcção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas e outros profissionais (p.113) (...) reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um (...) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde*” (p.121).

De harmonia com estes princípios, os diferentes grupos profissionais articulam-se perfeitamente, respeitam-se dentro da área de competência de cada um, privilegiam um clima relacional e propiciam um ambiente excelente de trabalho.

Ao longo do estágio, e com uma atitude assertiva, de respeito, de questionamento e de responsabilidade, foi possível o estabelecimento de um relacionamento cordial correspondente ao existente entre os elementos da equipa.

O trabalho em equipa requer um conjunto de valores e princípios como co-responsabilidade, lealdade, honestidade, reciprocidade, cooperação, partilha e uma boa gestão das diferenças, promovendo o enriquecimento das relações nas equipas que são reguladores do comportamento entre profissionais e entre estes e o doente.

Embora a dinâmica e o funcionamento da unidade, bem como o espaço e estrutura física, sejam diferentes, as situações clínicas e a maioria dos

equipamentos, fazem parte da nossa prática profissional diária, sendo encarada como a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados desenvolvidos.

Neste contexto formativo surgiram novas e distintas situações que impunham diálogo aberto, com respeito e confiança no desenvolvimento de competências relativas ao trabalho em equipa e conduziam à concretização deste objetivo. De ressaltar, a assiduidade e o cumprimento dos horários, o trabalho foi organizado compatível e eficazmente com o tempo, a participação nas atividades da unidade proporcionando o estabelecimento de uma relação de trabalho construtiva com os enfermeiros e equipa interprofissional, a demonstração de responsabilidade, assumindo as ações e juízos profissionais, o estabelecimento de relações interprofissionais assertivas, cumpri as normas e critérios de atuação do serviço, o respeito pelo direito das pessoas à privacidade, abordando de forma apropriada as práticas de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica que podem comprometer a sua segurança, privacidade ou dignidade.

Na área da gestão de cuidados de enfermagem e serviços de saúde, foram efetuados sob a orientação da Sra enfermeira chefe, a **colaboração na gestão da equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do doente, assim como a otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.**

Os processos de comunicação em cuidados de saúde são de extrema importância uma vez que, estão relacionados com as várias áreas e contextos de saúde, com a relação que os profissionais de saúde estabelecem com os utentes e com a satisfação dos utentes. Toda a comunicação é um ato social que envolve um conjunto de processos que permitem realizar trocas de informações e significações, entre os indivíduos, numa determinada situação social (Ramos, 2008).

Em contexto de cuidados de saúde, estes processos podem estar alterados, nomeadamente perante doentes que não conseguem comunicar verbalmente. Nestas situações o conhecimento e a utilização de todos os tipos de comunicação serão essenciais para que a comunicação seja eficaz. A comunicação interpessoal, de acordo com Kunsch (2003) é "*a forma mais extensa e básica da comunicação humana*", somando "*outra pessoa à situação comunicativa*", definição introdutória da "*dupla relação*". Esse nível de análise do

processo comunicacional considera a forma como os indivíduos se afetam mutuamente, seja por meio de regulação ou controle de atitudes e comportamentos.

Uma unidade de cuidados intensivos não é só tecnologia. Se por um lado alguém está com a sua vida e saúde em risco de morte eminente por outro lado é muito mais que isso. É a relação que é estabelecida com o doente (pois nem sempre estão sob efeito de sedação e nesse momento exprimem emoções e sentimentos que necessitam de intervenções), com a sua família/pessoa significativa que vive muitas vezes situação de luto antecipado e que necessita também de cuidados especiais, são as relações entre os diferentes grupos de profissionais que têm de permitir o funcionamento da equipa como equipa. Para que esta equipa funcione eficazmente e preste cuidados com qualidade também os seus elementos têm de estar em equilíbrio nas diferentes vertentes da condição humana (bio-psico-social-espiritual) e entre si.

A comunicação entre os profissionais de saúde e o doente em contexto de cuidados intensivos é cada vez mais uma componente a valorizar, não só pela sua importância na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente, como pelo facto de se constituir um bom avaliador da qualidade dos cuidados. Em unidades de cuidados intensivos onde a grande maioria dos doentes são submetidos a ventilação mecânica, ficando incapacitados para comunicar oralmente, os problemas comunicacionais são bem evidentes. O enfermeiro de cuidados intensivos não deve centrar a sua ação exclusivamente na componente científica e técnica, pois para além desta, existe a relação entre enfermeiro e doente, numa situação em que este se encontra debilitado e em sofrimento. O sucesso da relação irá também depender das capacidades do enfermeiro para encarar o sofrimento humano. O enfermeiro deve desenvolver capacidades para escutar e compreender o doente, estar atento ao seu comportamento, incluindo todas as atitudes que o mesmo demonstra, quer sejam verbais ou não verbais, pois a linguagem não-verbal transmite tanto ou mais do que a linguagem verbal.

O estágio permitiu verificar que, também em unidade de cuidados, o contacto inicial e postura do enfermeiro junto do doente, fazem variar a eficácia da relação que se pode estabelecer. Na prática, verificamos que existem enfermeiros

que conseguem perceber quase sempre o que o doente ventilado lhes quer transmitir, enquanto outros mantêm sempre essa dificuldade.

A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos revela-se de grande importância. Com o internamento de um familiar, a integridade da família fica ameaçada pela separação, pelo medo de perda, e pelo próprio ambiente da unidade. Daí a sua responsabilidade e envolvimento na evolução do prognóstico do doente e isto porque, desempenha um papel fundamental ao dar apoio físico, emocional, social aos elementos doentes.

O contacto com os familiares dos doentes internados na UCIP permitiu a verificação de que as necessidades mais comuns da família em contexto de cuidados intensivos são, a diminuição do estado de ansiedade, a necessidade de informação, a necessidade de ser útil e a necessidade de apoio e conforto. Uma das necessidades dominantes é a da informação, que deve ser honesta acerca do estado do doente e a sua evolução. Este conhecimento é essencial para a tomada de consciência da situação pelos familiares, e para acionar os mecanismos para a resolução da crise. Facilitar as visitas e implicar a família nos cuidados são intervenções que o enfermeiro deve, pois, promover para a satisfação das necessidades dos familiares.

A comunicação eficaz e segura com a família está comprometida nesta UCIP. Não existe um local específico para uma reunião e comunicação do estado clínico e situações de prognóstico de vida reservado do seu familiar, assim como para a prestação de apoio emocional em situações de morte. A comunicação que se estabelece com o doente crítico e com a família assume um papel muito importante na prestação de cuidados, e exige “*treino*”, habilidade, recurso a estratégias comunicacionais e a capacidades de adaptação ao nível relacional para ambas as partes, como seja, a utilização de gestos e sinais de mímica labial ou de um código, como o simples acenar da cabeça, o aperto de mão, o fechar os olhos com força ou até mesmo a escrita. Também, e não menos importante a utilização do toque, do silêncio, do contacto visual, de um sorriso para transmitir a serenidade, a confiança e segurança ao doente é vital, assim como informar sempre os doentes antes e sobre qualquer procedimento a efetuar, inclusivamente, os doentes sedados e com alterações do estado de consciência.

Segundo vários autores (Moreira, Moleiro e Tomás, 2000; Sá e Machado, 2006), para os doentes submetidos a ventilação mecânica um dos principais

fatores de stress é o compromisso da comunicação, devido à impossibilidade de expressar verbalmente os seus sentimentos e emoções. Nos doentes conscientes mas com prótese ventilatória surgiu a oportunidade de utilizar a comunicação não-verbal associada à comunicação verbal. Mais uma vez foi importante o toque, mas também outras formas de comunicar como a expressão facial, o cumprimentar com um “*bom dia*”, o perguntar como se sentia, os gestos e as perguntas simples. Para Silva et al. (2006) o toque e a proximidade física são aspetos importantes de comunicar com o doente e de demonstrar afeto, envolvimento, segurança e valorização como ser humano.

Quanto à comunicação com o doente foi conseguido a adoção de estratégias de forma a estabelecer um diálogo informal, objetivo e claro e relativamente à família sempre houve disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, explicação de alguns pormenores e a prestação de apoio emocional.

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade de realização da **assistência a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (ansiedade e medo, “dignificação da morte” e processos de luto), da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, assim como a própria relação terapêutica com a pessoa/família face à alta complexidade do seu estado de saúde.**

Comunicar faz parte do cuidar humanizado e é mais que palavras ditas entre as pessoas. Na realidade partilhamos a opinião de Sá e Machado (2006) quando nos afirmam que a comunicação é uma competência importante para o cuidar em enfermagem, que se adquire na e pela prática e que implica que se desenvolvam capacidades criativas, cognitivas, afetivas e psico-motoras, porque admite uma grande diversidade de formas de comunicar.

Relativamente à comunicação enfermeiro-família surgiu a oportunidade de acompanhamento e interação com a família durante as horas de visita. Fontes e Ferreira (2009) referem que a comunicação neste período (processo de visita) é encarada como um momento difícil e stressante devido à responsabilidade da informação, ao fornecimento de pouca ou nenhuma informação, à sensação de medo e desconforto, às informações mal compreendidas e ao espaço inadequado, entre outros.

De facto, surgem constrangimentos devido à incerteza das informações que poderemos não fornecer, pelo prognóstico e pela situação crítica. O adoecer

grave e inesperado de um familiar é um acontecimento de vida stressante que pode conduzir à perda de equilíbrio familiar, desencadear sofrimento psíquico ou levar à crise (Pias, 2008). É função do enfermeiro tentar perceber como os familiares enfrentam uma situação de internamento numa UCIP, doença e prognóstico, através da comunicação verbal e não-verbal, e procurar descortinar a fase emocional que vivenciam, de forma a compreender a reacção dos mesmos, apoiar e procurar responder às questões levantadas de maneira assertiva e adequada a cada um (Fontes e Ferreira, 2009).

Várias possibilidades surgiram de observação e intervenção relativas à receção de familiares que se dirigiram à unidade pela primeira vez, à receção de familiares que já várias vezes tinham realizado visitas, à compreensão das necessidades dos familiares, atendendo à sua comunicação verbal e não-verbal, ao apoio emocional das famílias, ao fornecimento de informações, nomeadamente as que pretendem desmistificar a componente tecnológica (o que é o ventilador, o monitor, o equipamento de hemofiltração, a toda a tecnologia da unidade com uma linguagem simples adaptada à realidade do familiar), ao apoio emocional à família, sem criar falsas expectativas, mas mantendo algum otimismo e esperança relativamente à situação clínica do doente, e à desmistificação de algumas falsas noções relativas ao doente crítico.

Estas intervenções permitiram a **promoção de práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais, como está descrito no Código Deontológico**; contudo, a comunicação com a família é dificultada pelo facto de a estrutura física da UCIP não comportar uma sala para reunião com a família, que permita um ambiente acolhedor, para comunicação de más notícias.

### **2.3 – Contribuir para uma assistência espiritual efetiva com doentes em estado crítico e seus familiares, em contexto de cuidados intensivos**

O estágio foi compatível com a observação de uma equipa de enfermagem dinâmica e empreendedora, com espírito e pensamento crítico acerca das necessidades de cuidados de saúde das pessoas internadas neste contexto de saúde e seus familiares. Os elementos possuem formação técnica e científica específica em cuidados intensivos e, de acordo com as preferências de cada um,

existe distribuição por áreas específicas de estudo/investigação. Desta forma propicia-se a formação dos diferentes elementos de enfermagem do serviço nas mais diferentes áreas específicas de cuidados intensivos, através da formação formal e informal em serviço.

Uma dimensão identificada com menos investimento na saúde, refere-se à vertente da Espiritualidade. Todas as sociedades e culturas têm subjacentes a espiritualidade. Cada vez mais, esta é reconhecida e valorizada como um dos fatores que contribui para a saúde, e surge como uma maneira de se entender o universo, numa nova perspectiva, já que, anteriormente estava reduzida à vertente técnica e não era permitido uma reflexão sobre questões existenciais. Todo o profissional de saúde deve ser alertado, de que a espiritualidade é um elemento importante para a saúde e bem-estar dos doentes. Monteiro (2008, p. 64) cita Jung que refere que *“o profissional eticamente está obrigado a um conhecimento e a uma crítica de suas convicções pessoais, filosóficas e religiosas, tanto quanto um cirurgião está obrigado a uma perfeita assépsia”*.

Para tal é necessário incentivar à sua incorporação nos cuidados de saúde em contextos clínicos, num cuidar mais humanizado, como um mecanismo de compreensão multidimensional do doente. Será certamente uma dimensão a valorizar em todo o processo de recuperação.

Embora a Enfermagem deva considerar o cuidar no seu todo, ou seja, cuidar a pessoa em todas as dimensões, desde a física, a psicológica, a social, a ecológica e a espiritual, de forma a garantir a assistência global à pessoa como ser holístico. Esta vertente de assistência espiritual não deve unicamente restringir-se ao doente mas envolver a família/cuidadores. Para Barbosa (2010, p. 603) *“A espiritualidade é uma perspetiva pessoal abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana”* daí que foi considerado muito importante a abordagem a este tema com o objetivo de sensibilizar toda a equipa para a importância desta vertente. Foi considerado importante (com a Sra enfermeira tutora) a realização de uma ação de formação sobre este tema que foi acolhido com bom grado por todos e após a qual foi realizada uma norma para o referido serviço. (Ver Anexo II)

As unidades de cuidados intensivos são para Novoa e Valderram (2006) locais onde é dada extrema atenção a pessoas em falência orgânica e multiorgânica, que mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e

que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico minucioso e permanente concentração. Para além destes aspectos, estes profissionais têm de lidar com utentes/famílias em sofrimento, com a morte muitas vezes em situações trágicas inesperadas, de lidar consigo próprias e com os restantes parceiros da equipa no controlo e na gestão de emoções e sentimentos resultantes do somatório de todos estes fatores. Na realidade quem trabalha em unidades de tratamento crítico está sujeito a fatores de stresse que levado ao extremo resulta em fenómeno de *burnout*, talvez o maior responsável pela morbilidade e absentismo entre os profissionais que trabalham nestas unidades.

Também foi possível constatar que, de um modo geral, toda a equipa de enfermagem da UCIP reconhece a necessidade de uma palavra de encorajamento frequente e tem a preocupação em compreender a ansiedade sentida pela família do doente. No sentido de fornecer padrões de qualidade dos cuidados prestados, verifica-se a preocupação em garantir que os doentes e seus familiares têm informações suficientes que lhes permitam exercer um controlo sobre os seus próprios cuidados de saúde e que os seus direitos sejam respeitados e os recursos sejam utilizados de forma eficiente.

Será muito importante que os profissionais efetuem a reflexão de que, embora se acredite na preservação da vida através da competência, deve-se reconhecer que por vezes, não é possível fazer um doente melhorar o seu estado de saúde. Deverão ser sempre considerados os melhores interesses e desejos do doente/família, mas quando a morte é inevitável, ela deve ser dignificada e livre de dor.

Muitos autores têm procurado conceptualizar a espiritualidade e defini-la de uma forma mais ou menos abrangente. Embora ainda não haja consenso, quanto a uma nítida separação, entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, ambos são utilizados, indistintamente pelos doentes e profissionais e mesmo pelos investigadores. Sabemos que nem todas as pessoas que vivenciam a sua espiritualidade a associam a uma religião ou crença.

A religiosidade emana de um sistema de crenças a que o indivíduo adere, com uma estrutura e hierarquia de valores e a **espiritualidade** é considerada como uma experiência pessoal na sua relação consigo própria, com o mundo, com os outros e com a natureza, contudo influenciada pelos diversificados contextos da sociedade em que se insere. Poderá, também, ter uma componente

religiosa na sua relação com Deus ou com uma realidade transcendente. Enquanto os **valores espirituais** estão ligados à interioridade da pessoa e é nessa interioridade que se encontra o acolhimento, e o culto a que chamamos justo, belo e bom, os **valores religiosos** atingem o ser humano na sua relação com um ser superior, com Deus como um supremo valor, sendo o homem, aqui, chamado a transcender-se.

Para Bolander (1999), a espiritualidade é o princípio da vida que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, emocionais, intelectuais, morais, éticas e volitivas, que favorece e influencia o poder de escolha e da tomada de decisões. Consideramos então, que é o balanço e a harmonia entre o que se é, ou seja, o conhecimento que se tem e a vontade que nos capacita para agir e decidir sobre o que é importante na nossa vida.

Na Enfermagem, nomeadamente o ICN (Internacional Council Nursing) criou a CIPE que é uma linguagem científica e unificada, comum à profissão de Enfermagem (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A CIPE identifica os seguintes focos: O Bem-Estar Espiritual é *“um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em contacto com o princípio de vida, que atravessa todo o seu ser e que integra e transcende a natureza biológica e psicossocial”*. (CIPE 1.0, 2006, p.95) e a Angústia Espiritual é *“uma angústia com as seguintes características específicas: rotura com que a pessoa acredita acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade.”* (CIPE 1.0, 2006, p.86)

O Homem como um ser cultural e social desenvolve as relações que lhe permitem o seu próprio equilíbrio. Como ser humano que é, a dimensão espiritual e religiosa, envolve a capacidade de acreditar e de se encontrar com Deus ou com algo em que acredita. Esta perspetiva da espiritualidade é um direito de cada um, que deverá ser sempre respeitada e promovida, num acompanhamento integral da pessoa.

Remetendo-nos para o Cuidar, podemos referir que a dimensão holística dos cuidados deve necessariamente contemplar a opção espiritual e religiosa do doente. A assistência espiritual e religiosa não é somente um direito das religiões,

mas um direito do doente e um dever do Estado e das igrejas e dos profissionais de saúde que cuidam da pessoa.

A espiritualidade não é apenas uma questão religiosa, pode ser considerada uma terapia, porque pacifica a pessoa e a leva a colaborar no seu tratamento.

Hoje em dia, a espiritualidade em saúde está a ser muito explorado por investigadores, até mesmo em Portugal, já que envolve três dimensões, a dimensão cultural do ser humano, a dimensão relacional, as pessoas relacionam-se umas com as outras, e a dimensão da transcendência. Todo o ser humano pretende transcender-se, ou seja, quando ele pretende ultrapassar os seus limites, pode tentar encontrar-se com alguém que o ajude a ultrapassá-los e isso independentemente de lhe chamar Deus como cristianismo e judaísmo ou como Alá no islamismo. Portanto, a dimensão da espiritualidade é segundo a opção de cada um, muito importante para o tratamento e para a cura.

É importante e urgente o Cuidar integral do doente, e sempre com uma visão holística integrando nesses cuidados a dimensão espiritual e religiosa, já que, humanizar, evangelizar e celebrar a fé, nos cuidados são formas de assistência integral.

### **3 – MÓDULO II: UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS: HOSPITAL PEDRO HISPANO**

A Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do HPH, EPE é uma unidade que recebe doentes de médio risco. É uma unidade constituída para tratar de doentes com condições patológicas bastante específicas, como por exemplo, síndromes coronários agudos, DPOC, AVC, pós-cirúrgicos entre outros, considerados de risco elevado e com necessidade de recursos diferenciados. Os doentes são admitidos são provenientes da unidade de cuidados intensivos polivalente, do bloco operatório, da urgência, ou até mesmo do internamento, por agudização do seu estado de saúde.

Uma Unidade de Cuidados Intermédios exige uma rápida capacidade de resposta, por isso, um dos objetivos desta unidade é manter a função dos sistemas orgânicos vitais. Os enfermeiros desempenham um papel preponderante na monitorização e vigilância desses sistemas, assegurando uma resposta terapêutica eficaz.

#### **3.1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família, em contexto de cuidados intermédios**

O estágio é um local importante para a apropriação de saberes e de desenvolvimento de competências, permitindo o “diálogo” entre a teoria e a prática em contexto real, não descurando uma análise crítico-reflexiva.

*“Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” REPE (1998, artº 4).* Para que se possam prestar cuidados de excelência é necessário ser detentor de conhecimentos atualizados, daí que a revisão bibliográfica é uma tarefa que nos impulsiona a maximizar o nosso conhecimento e a sustentar a nossa prática em evidência científica.

Salientamos que foi extremamente enriquecedor o conhecer/aprofundar saberes, sobre as patologias dos doentes mais incidentes na unidade, nomeadamente, AVC, DPOC agudizados, SÉPSIS, PAC, e Síndrome Coronários Agudos, com ênfase no Síndrome de Dressler, politraumatizados e pós-cirúrgicos. Esta foi a área que mais privilegiamos neste estágio, pois permitiu o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao adulto/família em situação de doença, numa UCIP.

Depois de um período de integração com a enfermeira tutora, que permitiu conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional, funcional e relacional da unidade, chega o período de adaptação cujo objetivo é adequar a nossa prestação de cuidados e contribuir para a uma prestação de boas práticas. Após este período, foi dada especial importância à existência de normas e de protocolos da unidade porque deve existir um quadro de referência de procedimentos para promover novas atitudes profissionais e melhorar a qualidade do exercício profissional.

A nossa integração não foi de todo uma dificuldade, porque o ambiente da Unidade Cuidados Intermédios, não era totalmente desconhecido, uma vez que, já tínhamos desenvolvido competências numa Unidade de Cuidados Intensivos. Não obstante os doentes serem portadores de patologias diferentes, permitiu **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Outro fator facilitador da nossa prestação de cuidados foi o momento da passagem de turno considerado importante, por proporcionar a discussão/reflexão de assuntos e problemas identificados no doente. A OE (2001, p. 1) refere que “*A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação*”, também é um momento onde deve estar consagrado a confidencialidade comunicação partilhada.

A estrutura física da Unidade de Cuidados Intermédios poderá condicionar a confidencialidade da informação, pois é uma estrutura em *open space*, onde toda a informação verbal é audível pelos doentes internados, outros profissionais

e visitas que se encontrem no espaço físico, sendo este um dos aspetos a merecer reflexão por parte da equipa de enfermagem.

A confidencialidade é uma característica presente desde os primórdios das profissões de saúde. Refere-se a uma atitude ou comportamento de respeito, silêncio ou segredo, relativamente a um dado íntimo ou privado da vida de uma pessoa. Aquilo que é confidencial será o que, de carácter privado, se revela a alguém, com a propósito de que não seja revelado aos demais sem o consentimento do próprio. Configura-se um dever moral, além de jurídico, não partilhar a informação recebida com terceiros estranhos (Ortiz, 1999).

Na área dos cuidados em saúde a atenção deve ser redobrada, porque se utilizam várias formas de acesso à informação e rapidamente pode originar uma perda de confidencialidade. Esta deve ser o garante das informações cedidas em confiança e não reveladas sem a devida autorização. É uma obrigação a cumprir o dever *prima facie*. Cada vez mais é fundamental a nível institucional a criação de políticas que regulamentem esta questão, de modo a que, se consiga equilibrar a proteção de dados individuais com a garantia de um acesso rápido à informação que legitimamente os profissionais de saúde carecem.

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade de prestar cuidados a doentes com AVC, DPOC agudizados, SÉPSIS, PAC, e Síndrome Coronários Agudos, com ênfase no Síndrome de Dressler, politraumatizados e pós-cirúrgicos, assim como participar numa consulta de enfermagem a doentes com estoma, realizada por uma enfermeira da Unidade, especialista na área e que tem o papel principal no apoio, orientação e ensino a estes doentes.

Nesta consulta aborda-se diversos aspetos, tais como a higiene, o vestuário, a alimentação, o sono e repouso, as atividades laborais, a ocupação dos tempos livres, as relações sociais/familiares, a sexualidade, a comunicação e o despiste de possíveis alterações do estoma, entre outros. É importante que se estabeleça uma relação com a pessoa ostomizada e respetiva família, e que se mantenha desde o primeiro contato uma atitude assertiva, onde se aborde os problemas potenciais e reais. Importa individualizar e perspetivar os cuidados, de uma forma eficaz, contribuir para uma melhoria da auto-estima e auto-imagem e promover a independência nestes cuidados. Este momento foi muito enriquecedor, pois é uma área da qual não tínhamos muita experiência e permitiu ampliar os conhecimentos práticos. Outro fator a ter em consideração e que

reflete as boas práticas é a baixa incidência de úlceras de pressão refletida por uma panóplia de estratégias de prevenção desenvolvidas pelos enfermeiros do serviço. São, de facto, um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento e pretende-se como ganhos de saúde melhorar a capacidade diagnóstica na deteção de doentes com risco de úlcera de pressão e possível diminuição da taxa de incidência. Por isso nesta unidade prima-se pela prevenção das mesmas, adotando-se as medidas protocoladas, seguindo-se as indicações preconizadas pela enfermeira de referência, que seguindo uma data estipulada efetua auditorias para verificar se os procedimentos estão a ser realizados de acordo com as normas estabelecidas. Caso existam não conformidades, insiste-se na necessidade de implementar as medidas instituídas.

Embora não seja uma prática muito comum nesta unidade, participamos na colocação de cateteres venosos centrais (CVC) e tivemos oportunidade de verificar que todos os procedimentos seguem as diretrizes do Plano Nacional Contra a Infeção (PNCI).

A equipa de enfermagem contribui para a vigilância epidemiológica da infeção, participando na recolha de dados, nomeadamente quanto ao número total de doentes internados na unidade e destes quantos possuem CVC e algália. Desta forma os enfermeiros questionam-se frequentemente quanto à necessidade/pertinência dos mesmos dispositivos nos doentes, removendo-os sempre que tal não se justifique. Assim contribuem para uma redução do risco associados a tais dispositivos. O controlo de infeção foi uma preocupação constante, uma vez que cabe a cada profissional, mas em especial ao enfermeiro especialista certificar-se de que são cumpridas as recomendações da Comissão de Controlo de Infeção no quotidiano do serviço onde exerce funções. Desta forma demonstramos **ter adquirido competência ao nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

Pesquisa e revisão bibliográfica são instrumentos necessários para aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso para uma prestação de cuidados adequados. Por tudo o que foi descrito anteriormente foi importante adquirir **competência em gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da**

## **formação pós-graduada e nível de aprofundamento de conhecimento na área da EEMC.**

Já Florence Nightingale preconizava que se não se deve esperar que um hospital faça mal ao doente. Seguindo esta premissa, nesta unidade prima-se pelo cumprimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Existe um controlo das práticas de trabalho, baseadas na conduta profissional que é realizada com procedimentos de segurança, para além da utilização de material de proteção pessoal (EPI), investe-se na educação e treino do profissional, nunca descurando as precauções universais. Um procedimento inerente à unidade, como forma preventiva de infeção, é a colheita de exsudado nasal (triagem MRSA) a todos doentes no momento da sua admissão, que para além da existência de auditorias, é utilizado como indicador de controlo de infeção.

No momento de admissão, todos os doentes oriundos de outras instituições, e portadores de cateteres, existe o procedimento obrigatório de verificar a presença de algum agente infeccioso nas entradas dos cateteres e todos os outros dispositivos (SNG, algália, sistemas etc) e implica a sua substituição. Até prova em contrário de que não existe processo infeccioso, o doente permanece em isolamento de contacto. Facto curioso, sempre que a instituição disponibiliza oportunidade de aprendizagem para alunos, esta cede informação sobre este tema, enfatizando a importância do mesmo.

Neste percurso formativo, foi dado grande importância à dimensão relacional, a comunicação com o doente/família, como suporte do estabelecimento de relação terapêutica. A comunicação é um dos vetores mais importantes do processo de estabelecimento de relação terapêutica com o doente – pessoa com alteração do seu estado de saúde e respetivos conviventes significativos e prestadores de cuidados. A relação terapêutica com a pessoa doente/família assenta na escuta ativa e na comunicação e mesmo face ao imperativo tecnológico, os profissionais de enfermagem dão primazia a esta intervenção.

Phaneuf (2005) refere que a comunicação é um processo que permite aceder ao outro e compreendê-lo. Pode passar pela simples troca de informação ou chegar à partilha de sentimentos e emoções. Compreende aspetos verbais e

não-verbais e, pelo seu intermédio compreendemos as intenções, opiniões, sentimentos e emoções do interlocutor.

Comunicar implica, de igual modo, influenciar. No seu papel profissional, o enfermeiro influencia a pessoa que está particularmente vulnerável face à situação de saúde/doença que vivencia. Essa influência deve estar ao serviço, em primeiro lugar, da edificação de uma relação de confiança que, alicerce o estabelecimento de uma relação de ajuda. Para o enfermeiro honrar a responsabilidade dessa influência deve estar imbuída de valores humanistas marcados pela qualidade da sua presença, pelo respeito e autenticidade. Das atitudes que devem estar presentes nesta relação: manter a confiança, manifestar respeito, conservar a confidencialidade, criar uma aliança terapêutica, manter-se aberto ao outro, honrar os compromissos, manter-se realista e evitar desapontar (Phaneuf 2005).

Em Portugal a formação inicial de enfermagem não contemplava a aquisição de conhecimentos sobre competências relacionais, utilizava-se no entanto, uma expressão que, embora tivesse algum sentido, era vazia de conteúdo, o “*apoio psicológico*”. McMahon (1991) alerta para a importância que o conceito de holismo passou a ter para uma enfermagem designada de terapêutica, ao considerar que corpo e mente estão intrinsecamente ligados, influenciando-se mutuamente. Este conceito está subjacente a todos os modelos de enfermagem atuais. O autor, baseado neste conceito, descreve as atividades consideradas terapêuticas na enfermagem, sendo a primeira precisamente o desenvolvimento da relação enfermeiro-doente, na qual o autor destaca o modelo de Muetzel que inclui três conceitos: a parceria, a intimidade e a reciprocidade. Riley (2004), na mesma linha de pensamento, enuncia e desenvolve os ingredientes básicos da relação enfermeiro/doente/família, que consistem, no respeito, autenticidade, empatia, auto-exposição, especificidade, expressão de opiniões, humor e espiritualidade.

Este último conceito, a espiritualidade, é essencial para a humanização e maior eficiência do Cuidar. A espiritualidade pode ter influência na saúde e, portanto, deverá ser uma dimensão a incluir no cuidado ao doente (Pedrão, 2010). Esta pode interferir como forma de prevenir e/ou contribuir para o tratamento e recuperação, já que parece, influenciar a forma como o doente vivencia, situações de stresse e de sofrimento. Contudo, os enfermeiros não

recebem formação profissional para cuidar o doente nesta vertente, a qual seria benéfica pois a díade Enfermagem/Ser Humano, numa perspetiva holística, implica a compreensão do homem, como um ser bio-psico-social-espiritual e ecológico.

A Enfermagem é uma profissão que, através da relação que estabelece com os doentes e familiares, contribui para o sucesso dos cuidados de saúde prestados ao indivíduo obtendo-se ganhos em saúde. Phaneuf (2005, p.2) considera como um aspeto determinante a competência resultante de habilidades relacionais: *“Se bem que rica nos seus aspetos clínicos e técnicos, a competência profissional não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspeto relacional dos cuidados”*. A Enfermagem, na atualidade, leva a que muitas vezes, os enfermeiros ora fascinados pelas altas tecnologias na saúde, ora atribuindo mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional, relegam muitas vezes, para segundo plano o trabalho relacional. Dificilmente se atingirá uma prática de excelência se limitarmos-nos à simples aplicação das técnicas aprendidas. Para atingir esse patamar é necessário *“pôr a técnica ao serviço da pessoa de forma criativa, transformando assim a prestação de cuidados numa arte, e preservando deste modo a dignidade da pessoa.”* Lopes (2006, p.80).

Collière (1999, p. 285), referindo-se a Florence Nightingale, refere que esta já defendia que *“distribuir medicamentos e fazer pensos de feridas não seria suficiente para assegurar a sobrevivência dos doentes, mas era necessário desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida”*. O campo de competência dos cuidados de enfermagem situa-se por um lado na melhoria das condições que propiciam a saúde, com o objetivo de prevenir ou limitar a doença e, por outro lado em tudo o que ajuda a revitalizar o doente em todas as transições da sua vida.

Esta ferramenta (comunicação) **permitiu fundamentar a relação terapêutica com o doente/família face à situação da complexidade do seu estado de saúde**, pois permitiu o estabelecimento de uma relação empática com os doentes. Isto refletiu-se no facto de os mesmos terem valorizado a nossa presença/imagem (vestes religiosas) que segundo eles transmitiam uma sensação de tranquilidade, espiritualidade, disponibilidade e confiança na proximidade.

Embora muito se fale, em interdisciplinariedade, muitas são as dificuldades do seu exercício na prática dos cuidados de saúde. O termo *“interdisciplinariedade, introduz a ideia de relação dinâmica entre saberes, de abertura a outras áreas disciplinares, de co-construção motivada por um interesse comum que implica colaboração e articulação (...).”* Alarcão (2005, p. 374). A relação interdisciplinar nem sempre é *“saudável”*. Já Matos (2009, p. 864) refere que *“o trabalho interdisciplinar implica várias formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os trabalhadores estabelecem entre si, e com os utilizadores do serviço”*, ora nem sempre se verifica, até porque ainda existe a influência do modelo fragmentado de organização de trabalho, em que cada área profissional realiza partes do seu trabalho, sem uma interação com outras áreas envolvidas. Contudo todos estão empenhados na promoção de um trabalho interativo e integrador, como forma de minimizar esta dificuldade.

Nesta unidade prima-se por uma relação interdisciplinar de inter-ajuda, já que todo o processo de trabalho se desenvolve baseado em várias componentes: finalidade, motivação e o resultado final. A Sr<sup>a</sup> enfermeira chefe tem um papel fundamental neste processo, já que é uma pessoa que está muito presente, participativa, colaborante e que demonstra muita disponibilidade e interesse em fomentar um espírito de boas relações interpessoais e humanas. Portanto alia a competência técnica, à perspetiva humanista, fazendo com que haja uma interação e articulação entre os diversos saberes e intervenientes.

No primeiro contacto o impacto com a equipa interprofissional foi positivo, a forma como foi desenvolvido o processo de acolhimento permitiu um à vontade e uma integração participativa. A adaptação à dinâmica da unidade foi gradual, atendendo às suas características específicas, como sejam, as rotinas do serviço, ao manuseamento e gestão de materiais e equipamentos e à especificidade da terapêutica. A comunicação é fundamental na interação interprofissional, já que esta proporciona, questionar, estabelecer e construir um projeto comum relativo ao doente.

Como forma de esbater eventuais dificuldades de adaptação que pudessem surgir, consultamos os protocolos, os manuais e os procedimentos específicos, dos quais destacamos os manuais de controlo de infeção associada

a cuidados de saúde, e procedimentos específicos, como os de colocação de cateter venoso central ou cateter arterial. A relação empática estabelecida com a enfermeira tutora foi determinante para a integração neste contexto de cuidados intermédios e permitiu uma mais célere abertura de canais de comunicação com todos os elementos da equipa, assim como perceber as características específicas da comunicação em cuidados intermédios, com o doente/família.

Foram inúmeras as situações de prestação de cuidados que exigiram a gestão da comunicação interpessoal entre os membros da equipa e com a pessoa/família face à situação de gravidade do seu estado de saúde.

Numa unidade de cuidados intermédios não existe só tecnologia mas também alguém com a sua vida em risco, mas atendendo ao contexto, muitas vezes o doente vivencia momentos de angústia e necessita de cuidados especiais, assim como a sua família/pessoa significativa. E para que a equipa funcione eficazmente todos os seus elementos têm de estar em equilíbrio nas diferentes vertentes da condição humana (bio-psico-social-espiritual) e entre si para que consigam prestar cuidados com qualidade.

O enfermeiro de uma unidade de cuidados intermédios para além da componente científica e técnica, não deve descurar a vertente relacional, pois deve atender à situação de debilidade e de sofrimento do doente e estar atento ao seu comportamento e às atitudes demonstradas, quer sejam verbais ou não verbais, já que estas últimas transmitem tanto ou mais do que é verbalizado. A comunicação com a família contexto de cuidados intermédios revela-se também de extrema importância, pois o internamento de um familiar leva a que a integridade da família, fique ameaçada pela separação, pelo medo de perda, e pelo próprio ambiente da unidade. Daí que promover o envolvimento da família neste processo pode influenciar a evolução do prognóstico do doente e isto porque, esta desempenhará um papel fundamental no apoio físico, emocional, social e económico.

Nesta unidade foi possível verificar que a necessidade premente da família está relacionada com a ansiedade da obtenção de informação e por isso o recurso à equipa é evidente. Por isso a informação cedida deve ser a mais clara e real acerca do estado do doente e sua evolução, para que a tomada de consciência da situação possa acionar os mecanismos para ajuda na resolução da crise. Em cada momento foi possível **gerir a comunicação interpessoal**

**entre os membros da equipa e com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.**

A Enfermagem está em constante processo evolutivo e inovador. O seu corpo de conhecimento aumenta exponencialmente à medida que se investiga e se reflete sobre a prática do cuidar, porque implica a transmissão do conhecimento, como forma de difusão e sustentação da prática baseada na evidência.

Só é possível crescer quando a formação é reflexo das mudanças comportamentais que levam a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem. A formação contínua em Enfermagem permite renovação/atualização de saberes, estimula a autonomia, promove o pensamento crítico e a responsabilidade de cada um. O Código Deontológico no art.º 88 refere que o enfermeiro deve manter-se atualizado, utilizando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Neste sentido, a formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. É, de facto, em contexto de trabalho que o conhecimento se torna efetivo. As necessidades de formação em contexto de trabalho provêm de dificuldades sentidas pela equipa ou pela observância indicadores de processo e/ou de resultados que não estejam em conformidade com a melhor evidência disponível ou parâmetros nacionais e internacionais. Foi então sugerido pela Sra enfermeira chefe e pela Sra enfermeira tutora a realização de duas ações formativas sobre A Síndrome de Dressler e Espiritualidade e Saúde. Depois de identificados os temas, estes foram submetidos a uma revisão bibliográfica com o objetivo de serem alvo de reflexão, e promover a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço.

A Síndrome de Dressler era de todo desconhecida por toda a equipa de enfermagem, embora na unidade sejam admitidos doentes com patologia do foro cardíaco. Foi realizada uma abordagem e uma descrição sobre o tema, com o objetivo de a equipa de enfermagem adquirir conhecimentos sobre a doença, os sintomas e o tratamento e também apresentar o processo de enfermagem através da análise de um caso clínico com esta patologia com recurso à CIPE.

Esta Síndrome ocorre em 5% a 6% dos doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM). Caracteristicamente é um quadro clínico que apresenta febre, mal-estar, dor torácica, e pleuropericárdica. O aparecimento destes sintomas é de 2-3 semanas após episódio agudo. Cerca de 28% desenvolvem derrame pleural ou pericárdico. Este também pode ser originado por uma inflamação, por uma infeção por citomegalovírus (CMV) ou por agentes traumáticos, como por exemplo, a perfuração do pericárdio, operação cardíaca, ou a perfuração do coração com um cateter cardíaco.

A metodologia deste trabalho permitiu aprofundar, do ponto de vista teórico, a abordagem biomédica para o referido síndrome mas, principalmente, **refletir sobre a prática de enfermagem especializada ao doente acometido de patologia do foro cardíaco e os resultados em saúde alcançados, sensíveis a esta prática**, (Ver Anexo III), transpondo os conhecimentos adquiridos para uma situação concreta.

Outro tema considerado pertinente e atual é a dimensão espiritual no seio do cuidar. Pode-se dizer que a espiritualidade adquiriu uma grande importância no âmbito das ciências da saúde. A nível académico e hospitalar já se compreendeu que a espiritualidade pode ter uma dimensão terapêutica. Narayanasamy, refere que a espiritualidade é

*"uma parte da construção da espécie humana e está presente em todos os seres humanos podendo manifestar-se como uma paz interior e uma coragem que deriva da percepção da relação com um Deus/transcendente/uma realidade última, seja qual for, o ente individual que se considere como ser supremo. A dimensão espiritual implica a presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da esperança, da confiança, do profundo respeito, e da inspiração. Através dela emerge o significado e a razão para a existência."* (Narayanasamy, 1999, p. 247)

Mendes (2011) cita que *"espiritualidade é uma perspetiva pessoal abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana"* (Barbosa, 2010, p. 603), daí que a espiritualidade é uma vertente a não esquecer, pois através dela o doente pode descobrir de uma forma mais clara as suas dificuldades, compreender e aceitar melhor a sua situação e procurar as soluções mais adequadas de acordo com as suas possibilidades.

A Enfermagem deve considerar o cuidar no seu todo, ou seja, cuidar a pessoa em todas as dimensões, desde a física, a psicológica, a social, a ecológica e a espiritual, para garantir a assistência global à pessoa como ser holístico. Esta vertente de assistência espiritual não deve unicamente restringir-se

ao doente mas envolver a família/cuidadores. (Ver Anexo II). Estas ações de formação foram apresentadas após a passagem de turno, de uma forma informal, durante trinta minutos. Optou-se por este momento, para que fosse possível uma maior adesão de enfermeiros, e até porque foi a forma ideal de motivar a sua presença.

### **3.2 – Desenvolver na gestão cuidados de enfermagem a doentes em contexto de cuidados intermédios**

Ao longo do estágio na unidade de cuidados intermédios, não foi possível a realização de atividades de gestão de serviço, em parceria com a enfermeira-chefe. Este era um objetivo, no qual depositava inúmeras expectativas, uma vez que, na nossa prática profissional, desempenhamos as funções de responsável de serviço e teria sido benéfico a partilha de experiências

Na área da gestão da unidade funcional, teria particular interesse em observar o papel do enfermeiro-chefe em determinadas atividades, como sejam, a elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo-se assim, de uma forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às atividades de enfermagem, a proposta que se realiza em relação ao nível e ao tipo de qualificações exigida, ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar, a determinação dos recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem, a participação em comissões de escolha de material e equipamento para a prestação de cuidados na unidade, o cálculo/estimativa dos custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e paralelamente, encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados, e a determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.

O facto de não ter sido possível, colaborar nas intervenções direcionadas à gestão da unidade, não tornou inatingíveis os objetivos inicialmente propostos para a área da gestão, pelo contrário, as características de liderança da enfermeira-chefe da unidade possibilitaram a reflexão, sobre a importância da liderança em enfermagem e a proximidade e a motivação da equipa, para a consecução de resultados de saúde de qualidade.

De facto, os enfermeiros-chefes têm vindo diariamente a ser desafiados/responsabilizados pela qualidade das suas funções enquanto líderes de equipas de enfermagem, relativamente à qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem. Como referem Simões e Fávares (2003, p. 568), “*a marca da liderança moderna está em fortalecer o grupo de trabalho e ressaltar e valorizar as competências individuais, diluindo assim, o poder na equipa*”. É importante que cada elemento reconheça o seu papel e o significado do seu trabalho. O enfermeiro deve estar mais orientado para o futuro, adotar um comportamento flexível, dinâmico e até mesmo disposto a assumir riscos (controlados), em oposição ao papel controlador, ditador de regras, de normas e de procedimentos. Não basta saber, é necessário saber e ser capaz de mudar.

A efetividade da liderança em enfermagem encontra na prática muitos obstáculos a serem transpostos. Os enfermeiros-chefes, para além da gestão dos problemas inerentes à própria profissão, confrontam-se, de igual modo, com os que resultam do seu posicionamento na hierarquia do hospital, e os que advêm das suas responsabilidades funcionais, da sua competência e ainda, os que nascem da coordenação das equipas que lideram (André, 1998).

Já Azevedo (2002) acrescenta, que as mudanças frequentes, quer ao nível dos recursos humanos, quer dos recursos materiais dificulta a harmonização da multiculturalidade dos elementos da equipa. Aspetos a ter em conta, como o *turnover*, a evolução tecnológica e as exigências dos utentes (mais e melhor informados), constituem também barreiras ao seu sucesso enquanto líderes. Por outro lado, a própria estrutura onde desempenham as funções de liderança, é muito burocratizada, pouco flexível e pouco aberta à inovação, o que nem sempre promove uma liderança de qualidade, acarretando por isso, todo um conjunto de consequências negativas para a qualidade dos serviços prestados.

A defesa da qualidade dos cuidados prestados à pessoa a vivenciar uma situação aguda de doença, deve ser um dos principais objetivos do enfermeiro-chefe, que deverá ser, convenientemente assessorado pelo(s) enfermeiro(s) especialista(s), mantendo a observância das seguintes competências, como sejam, a promoção e a colaboração na definição ou atualização de normas/critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, a determinação das necessidades dos enfermeiros, tendo em consideração, os cuidados de enfermagem a prestar (nomeadamente o nível de dependência e o grau de

complexidade dos cuidados requeridos pelos doentes), cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias, potenciação dos métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem que garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, o planeamento e concretização com a equipa de enfermagem dos cuidados de enfermagem, procedendo a ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação, o estabelecimento de indicadores que permitam medir, em particular, os resultados de saúde alcançados pelos doentes da sua unidade funcional nos processos de melhoria contínua da qualidade, a avaliação do desempenho pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e respetiva colaboração na avaliação de outro pessoal, a responsabilização pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou diretivas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço, tendo como referencia os padrões da qualidade e o código ético-deontológico.

O enfermeiro deve desenvolver competências na área das relações interpessoais, sendo eficiente a favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal. O enfermeiro-chefe deve orientar-se para um novo papel e líder, com uma postura mais flexível e dinâmico e menos controlador e ditador de normas e procedimentos. Simões (2003) refere que, a posição formal ocupada pelo enfermeiro no organograma da instituição não lhe assegura o poder de líder, uma vez que a liderança transcende cargos ou posições formais e não carece de institucionalização, ela advém da relação espontânea entre o líder e os seus seguidores.

De acordo com André (1998), a liderança em enfermagem, é especialmente resultante da função de chefia, e será o produto de um trabalho de qualidade e eficácia. O enfermeiro chefe é o elo entre o grupo e a organização. Esta posição pressupõe o princípio de influência interativa em que o poder depende claramente do reconhecimento dos subordinados. É fundamental que o enfermeiro-chefe se predisponha a assumir riscos, a declinar rotinas infundadas, a realizar projetos de mudança e a coordenar e motivar a sua equipa a agir. O sucesso da sua liderança é fortalecida se conseguir, uma interação harmoniosa

com os seus subordinados, ou seja, não advém simplesmente de si próprio mas, também, das pessoas com quem estabelece e coordena o trabalho no hospital.

Ainda como responsável máximo dos processos de melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro chefe não deve descurar a importância que tem a formação ao longo da vida e a aquisição de competências através da formação, e que são necessárias para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade. Deve, pois, ser assessorado pelo(s) enfermeiro(s) especialista(s), e responsabilizar-se pela formação da sua unidade funcional e deve proporcionar condições para que sejam realizados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados, promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem, permitir a realização/colaboração em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem, utilizar os resultados dos estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados, responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação de licenciatura e pós-licenciatura de enfermeiros, criar condições para a realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação e avaliar ganhos nessas atividades de formação.

A Unidade de Cuidados Intermédios, embora reúna as condições/características indispensáveis à realização de estágios da especialidade médico-cirúrgica (recursos estruturais e tecnológicos, diversificação de diagnósticos médicos e de enfermagem), não é um contexto assistencial onde os profissionais estejam munidos de espírito para a realização de estudos de investigação mais aprofundados, com o intuito de se produzir conhecimento novo a ser integrado na prática clínica. É, de facto, uma área que carece de maior investimento, desde logo por parte da liderança de enfermagem.

Nesta unidade, verificou-se uma grande proximidade do enfermeiro-chefe em relação à equipa e também uma participação efetiva na prestação de cuidados de enfermagem. Tal não será também alheio, o facto do método de distribuição de trabalho de enfermagem da unidade ser o método individual. Neste método, o enfermeiro-chefe é responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder de decisão em todas as etapas do processo.

O método individual baseia-se no conceito de cuidado global. Implica que a um enfermeiro está atribuído um doente ou mais do que um, se a “*carga de trabalho*” o permitir (Pinheiro, 1994). A totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro ao doente que lhe está atribuído, embora não seja possível essa coordenação de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e até, porque o número de doentes atendidos por um enfermeiro pode variar. A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar a pessoa de quem cuida ou a tarefa e a avaliação dos resultados resulta, especialmente, nos objetivos que se pretendem atingir e no tempo disponível. Alguns enfermeiros privilegiam o imperativo tecnológico e o registo informático escrupuloso das intervenções. Se este registo informático é, por um lado legalmente obrigatório, e faz parte de uma conduta profissional exímia, não o é menos o aspeto relacional do cuidar, daí que o papel do enfermeiro-chefe é particularmente relevante na observação do desempenho dos “*seus enfermeiros*”.

Os sistemas de informação em enfermagem revolucionaram o processo de comunicação na área da saúde. Esta evolução a nível da Enfermagem permitiu revelar o conhecimento, e possibilitar a produção de informação na prática de Enfermagem, usando a taxonomia da CIPE. Esta proporciona uma linguagem comum, possibilita planear os cuidados, as intervenções de Enfermagem, face aos diagnósticos de Enfermagem do doente. Nesta unidade utiliza-se o sistema de informação SAPE. É através dele que se obtêm um maior rigor da informação, sistematizam-se os registos e os procedimentos de enfermagem, aperfeiçoa-se o processo comunicativo entre pares, visualiza-se com maior facilidade o trabalho do profissional, por meio de documentação correta e específica, organiza-se adequadamente a informação e incentiva-se a investigação.

No estágio estiveram sempre inerentes as normas deontológicas e as leis que regem a profissão com assunção inequívoca da responsabilidade pelas decisões tomadas e pelos atos praticados. Todas as intervenções desenvolvidas no estágio encontram enquadramento no REPE e no Código Deontológico (suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas), como sejam: a adoção de uma conduta responsável e ética e um respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos doentes a quem prestei cuidados estiveram, o cuidado da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política,

étnica, ideológica ou religiosa, a abstração de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e/ou família e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, o respeito pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, o desenvolvimento de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, a decisão partilhada com a enfermeira tutora sobre as técnicas e os meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo (sempre que possível) e família, a participação na reflexão sobre protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos, a realização, sempre que possível, de ensino do doente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos, a informação ao doente e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, o atendimento com responsabilidade a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.

A prática profissional é comum a todos os enfermeiros, no que respeita às vertentes ética e deontológica e foram desenvolvidas as **competências a nível da promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais como está descrito no código deontológico, demonstração da tomada de decisão ética em situações da prática em EEMC baseada em princípios e normas deontológicas, gestão de forma apropriada das práticas de cuidados que podem comprometer a segurança e o atendimento à privacidade e à dignidade do doente.**

A Enfermagem sentiu necessidade de evoluir e inovar, e para isso também houve necessidade de recorrer às ciências informáticas. A evolução dos registos de enfermagem informáticos são importantes, pois o desenvolvimento de um sistema de informação a nível da Enfermagem SAPE, permite representar o conhecimento, possibilita a produção de informação na prática de Enfermagem, utilizando o referencial da CIPE que é uma linguagem comum e permite planear os cuidados, as intervenções de Enfermagem, face aos diagnósticos de Enfermagem do doente.

Com a aplicação do SAPE, consegue-se uma maior precisão da informação, no que respeita à sistematização registos e procedimentos de enfermagem; à melhoria do processo comunicativo; à visualização do trabalho do

profissional, com maior facilidade, por meio de documentação exata e específica, a uma organização da informação e ao estímulo para a investigação. Embora esta evolução seja profícua, também leva a que haja uma diminuição do contacto “*presencial*” com o doente. Devemos portanto, repensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade dos cuidados. O enfermeiro para além de uma comunicação tecnicamente responsável e assertiva, tem também de demonstrar, que cuida, para que seja facilitador de mudança de comportamento. No cuidar há um comprometimento em promover a humanidade de cada pessoa e em respeitá-la na sua individualidade e dignidade. “*Cuidar é indissociável da manutenção da vida e deverá caracterizar a relação enfermeiro/cliente*” Riley (2004, p. 16).

Para Hesbeen (2001, p. 42) a profundidade do cuidar não se coaduna com a separação entre os atos técnicos e os relacionais, ou seja, “*Importa ser relacional ou, por outras palavras, criar relacionamentos com a pessoa para a acompanhar e caminhar com ela. (...) o cuidar não é a soma de ações fragmentadas, umas delas técnicas, outras designadas básicas, outras educativas e outras, ainda, relacionais. Quando um profissional se aproxima da cabeceira de um doente apenas para executar gestos, deixando para outros a dimensão relacional ou adiando-a para outra altura, a perspetiva do cuidar não existe*”. Já Carvalho (1996, p. 50) reforça a dimensão humanística da profissão de enfermagem ao afirmar que “*para além da componente científica ou técnica, há toda uma relação entre enfermeiro/utente e enfermeiro/comunidade que mais não é do que uma forte e imperativa exigência da dignidade do homem são ou doente*”.

Foi importante perceber que os enfermeiros tentam minimizar o desfasamento entre o tempo junto do computador *versus* proximidade com o doente. No que respeita às infraestruturas, salienta-se que a unidade do doente deveria estar equipada com sistema de som (campainha) e ter uma sala dentro da unidade, para acolhimento dos cuidadores sempre que seja necessário fornecer informações, através do médico/enfermeiro, ou até mesmo a comunicação de más notícias, proporcionado assim confidencialidade e privacidade. Sabe-se que a solução para estas situações só poderá ser resolvida mediante uma remodelação das infraestruturas, o que não está ao alcance da direção da Unidade devido às conjeturas atuais.

## CONCLUSÃO

Este relatório encerra em si todo um percurso exigente e rico em experiências que valorizaram o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. É com muita satisfação que chegamos ao fim desta etapa com uma maior aptidão para responder às exigências do desempenho de enfermagem no quotidiano laboral, com reflexos positivos na prestação de cuidados aos doentes. Todo o processo formativo permitiu alargar o leque de intervenções técnicas e humanas e todos os contextos proporcionaram experiências, uma gestão adequada das emoções e de respostas adequadas para um tratamento rápido e eficaz.

A sociedade de hoje exige formação contínua ao longo da vida e a Enfermagem é uma profissão que a isso exige. Como tal, a formação permanente deve ser entendida como uma construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes, da sua capacidade de agir, da consciência de si próprio e do ambiente que o rodeia desempenhando o papel social enquanto profissional e enquanto cidadão. Todo este processo de aprendizagem permitiu compreender o significado de formação contínua ao longo da vida, na perspetiva do desenvolvimento pessoal/profissional, analisar marcos teóricos referenciais e suas aplicações, desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais aplicáveis ao contexto de trabalho, visando uma construção do conhecimento e melhoria da qualidade do desempenho profissional.

Neste percurso procuramos dar sentido a cada atitude, a cada atividade baseada numa perspetiva de construção e mobilização de conhecimentos, na área dos cuidados diretos ao doente e na área da gestão de cuidados. Pensamos ter deixado contributos nos locais por onde passamos, até porque ficou inerente a implementação de alguns dos trabalhos realizados manifestado pelo interesse dos responsáveis das unidades.

Saliento o envolvimento de todos os intervenientes sem exceção, que muito contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências. Todos me proporcionaram momentos valiosíssimos neste percurso formativo de aprendiza-

gem e aquisição de competências especializadas resultando também na partilha de conhecimentos para o exercício de enfermagem de excelência.

A especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma mais-valia para a prática de cuidados. Serrano, Costa e Costa (2011. p. 22) referem que *“Na prestação de cuidados o enfermeiro mobiliza no processo de cuidar comportamentos específicos, ou seja, os outputs de desempenho que, pela sua constância e regularidade, reflectem as competências. Estas são resultado de um saber agir, um querer agir e um poder agir (mecanismo pessoal), contextualizados nos objectivos do serviço e da organização - sistema meso e macro (sistema de suporte).”* O processo de desenvolvimento das competências já referidas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de trabalho, nos serviços referidos, centrou-se na articulação dos intervenientes (doentes e profissionais), do meio (contexto) e na mobilização de saberes. Todas estas dimensões permitiram-nos ter uma aprendizagem significativa, resultado de um experienciar vivo, partilhado e reflectido.

Os contributos para a melhoria contínua dos cuidados, que daí podem advir, devem basear-se na conceptualização de novas abordagens de prestação de cuidados de enfermagem, na aplicação de conhecimentos/técnicas adequadas às situações e primordialmente na reflexão sobre as práticas, com a elaboração de projetos para eventual investigação, promovendo o desenvolvimento de atitudes de autonomia. Assim, são esperadas do enfermeiro competências que lhe permita ter uma elevada capacidade de concepção, na área da gestão, da supervisão de cuidados, da formação e da investigação. Finda esta etapa, posso afirmar que foi um percurso repleto de situações de aprendizagem, perante as quais considero ter desenvolvido uma atitude pró-activa e reflexiva, mas devo ressaltar o fato que a escassez de tempo quase sempre nos condiciona, mas ainda assim estou satisfeita com o resultado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

André, Orlanda. 1998. Liderança na função de chefia em enfermagem, que diagnóstico? "Nursing", Ano11, nº127, Novembro.

Alarcão, I e Tavares, J.1987. Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Livraria Almedina, Coimbra.

Alarcão, Isabel. 2005. Interdisciplinariedade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências, no Contexto de Enfermagem, Jul-Set 14 (3) p. 373-382.

Almeida, Helena 2004. A excelência do exercício: perspetiva do conselho de enfermagem. V Seminário de Ética. Lisboa. Nº 15 (Dez.) p. 35-38.

Amorim, R.C; Silvério, I.P.S. 2003. Perspetiva do paciente na unidade UTI na admissão e alta. Revista Paulina de Enfermagem, vol.22, n 2 p. 209-212.

Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2006. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ ICNP. Versão 1, Lisboa.

Azevedo, Creuza da Silva. 2002. Leadership and intersubjective processes in health public organization. Ciência e Saúde Colectiva, nº 7, p. 349-361.

Barbosa, António. 2010. Espiritualidade. In Barbosa, António; Neto, Isabel – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. p.595-659

Bartel, A. 1994. Productivity gains from the implementation of employee training programs. Industrial Relations. 33 (4), p. 411-425.

Bolander, V.B. 1999. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica Lisboa: Lusodidacta.

Canário, R. 1994. Centros de Formação das associações de escolas: Que Futuro? In: A. Amiguinho e R. Canário, Escolas e Mudança: O papel dos centros de formação. Lisboa. Educa.

CARVALHO, M.M.M. 1996. A Enfermagem e o Humanismo. Loures: Lusociências.

Carrapiço, F. 2001. Biologia Celular. Adaptado de: Jones, A; Reed, R. and Weyers, J. (1998) – Practical Skills in Biology. 2nd edition. Longman Scientific & Technical (ed). New York. In: [azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf](http://azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf).

CIPE 1.0. 2006. Classificação Internacional para a Prática Profissional. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, sobre o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publ. in Diário da República – I Série-A, nº 93, p. 17-55.

Coleman, G C; Nelson, J F. 1996. Princípios de Diagnóstico Bucal. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.195-8; 212 e 213.

Collière, Marie- Françoise. 1999. Promover a vida – da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa, Lidel, Edições Técnicas.

DeLegge Mark. 2011. Managing gastric residual volumes in thecritically ill patient:an update. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 14, p. 193-196

Dias, J. 2004. Formadores: Que Desempenho? Lusociência. Loures

Direcção-Geral da Saúde. 2001. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, p. 7.

Espiney, L.1997. Formação Inicial/Formação Continua de Enfermeiros: Uma experiência de Articulação em Contextos de Trabalho. in: Canário, R., Formação E Situações De Trabalho. Porto Editora, pp. 169-188.

Ferguson Mr, Oh Te. 1988. Pattern and severity of intensive care admissions in Hong Kong. Journal of the Hong Kong Medical Association; 40, p. 273-275.

Fontes, Ana Isabel C; Ferreira, Andreia Cristina O. S. 2009. Do outro lado da porta... falar com a família numa unidade de cuidados intensivos. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 85 (Julho), p. 33-38.

Goleman, Daniel. 1996. Inteligência Emocional. Braga: Temas e Debates.

Goleman, Daniel. 1997. Verdades simples, mentiras essenciais: a psicologia da auto-ilusão. Rio de Janeiro: Objetiva.

Hesbeen, Walter. 2001. A Reabilitação. Loures, Lusociência.

Hessen, Johannes. 2001. Filosofia dos Valores. Coimbra, Almedina.

Kavanagh Brian P; Karen M.B, and McCowen, C. 2010. Glycemic Control in the ICU, The New England Journal of Medicine, 363, p. 2540-2546.

Kunsch, M. M. K. 2003. Planejamento de relações públicas na comunicação integrada. 4 ed. São Paulo: Summus,

Lopes, M. 2006. A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.

Matos, Eliane et al. 2009. Relações de trabalho em equipes multidisciplinares: Contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. Nov-Dez 62 (6) p. 863-869.

McMahon, R. 1991. Therapeutic nursing: theory, issues and practice in Nursing as Therapy. McMahon, R e Pearson, A (Org). 1ª Ed, Suffolk, Chapman & Hall.

Mendes, Alberto Paulo. 2011. Diagnóstico espiritual e respetiva intervenção no doente e na prática. Cadernos de Saúde. Vol 4, nº1, p. 53-62.

Monteiro, D.M.R. 2008. Espiritualidade e Saúde na Sociedade do espetáculo. In: Pessini L; Barchifontaine C. P (organizadores). Buscar Sentido e Plenitude de Vida. Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo: Paulinas, p.63-85.

Morais, Cristina Maria Dias G. A. e Rodrigues, Maria José Carvalho Sousa. 2003. Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência – Método de Manchester, in Política de Saúde (coord. Rui Nunes), Porto: Universidade Portucalense e Faculdade de Medicina do Porto.

Moreira, C., Moleiro, M., Tomás, M. 2000. Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. Sinais Vitais, 32 (9), p. 19-23.

Narayanamy, Asset. 1999. A model for auctioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. Nurse Education Today, 19, p. 274-285.

Nóvoa, A. Finger, M. 1988. O método (auto)biográfico e a formação. Lisboa, Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos.

Novoa, M. & Valderrama, B. 2006. The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit. Universidade de Psychologia de Bogotá, vol.5, p. 599-612

Ordem dos Enfermeiros. 2003. Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e Comentários, 1ª edição. Lisboa

Ortiz, Concepción Conde. 2005. La Protección de Datos Personales: Un Derecho Autónomo Com Base en los Conceptos de Intimidad y Privacidad, Madrid: Editorial Dykinson.

Parecer CJ/20. 2001. Ordem dos Enfermeiros. In: [www.ordemenfermeiros.pt/.../Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/.../Parecer_CJ_20-2001.pdf) [Consultado 11 de Novembro de 2012].

Pedrão, Raphael. 2010. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. Hospital Isrealita Albert Einstein, São Paulo, Brasil, p. 86-91.

Phaneuf, M. 2005. Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures. Lusociência.

Pias, Marta Sofia Cabaça. 2008. Ansiedade e stress na família do doente em estado crítico. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 81 Novembro p. 11-15.

Pinheiro, Mfr. 1994. Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. Revista Servir: nº 42, p. 319-33.

Pires, Denise. 2008. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, p. 739-744.

Ramos, N. 2008. Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspetivas teóricas e práticas. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.

Riley, J.B. 2004. Comunicação em Enfermagem, 4ª edição. Loures. Lusociência.

Rivers, E. et al. 2001. Early Goal-Directed Therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. New England Journal Medicine; p. 345, 1368-1377.

REPE. 1998. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

Rosenthal, GE, Sirio CA, Shepardson LB, et al. 1998. Use of intensive care units for patients with low severity of illness. Arch Intern Med; 158, p. 1144-1151.

Sá, T. & Machado, L. 2006. Comunicar com doentes ventilados: uma função de enfermagem. Sinais Vitais, 67, p. 29 - 34.

Santos A. Laureano. 2002. Questões Éticas no Fim da Vida Humana, in Neves, Maria do Céu, Comissões de Ética, Gráfica de Coimbra, 2ª ed., Coimbra, p. 51.

Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. 2000. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. Crit Care Med; 28, p. 3920-3924.

Serrano, Maria Teresa; Costa, Arminda; Costa Nilza Maria. 2011. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº3 – Março, p.15-23.

Silva, Anabela et al. 2006. Técnicas de comunicação com o doente ventilado. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 68, Setembro, p. 49-53.

Simchen E, Sprung CL, Galai N, Zitser-Gurevich Y, Bar-Lavi Y, Gurman G, et al 2004. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care under paucity of intensive care unit beds. Crit Care Med 16, p. 54-61.

Simões, Ana Lúcia, Fávaro, Neide. 2003. O desafio da liderança para o enfermeiro. Revista latino Americana de Enfermagem Set – Out 11(5) p. 567-573.

Urban CA, Bardoe SAW, Silva IM. 2003. Ordens de não reanimação. In: Urban CA. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter; p.524-34.

# ANEXOS



# **ANEXO I**

## **AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**“Comunicação e Privacidade no SU – Elementos de Reflexão Ética “**

**a) Suporte Teórico**

**b) Plano de Sessão**

**c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação**



## **a) Suporte Teórico**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **COMUNICAÇÃO E PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

---

### **Elementos de reflexão ética**

**ALUNA:**

**MANUELA DOROTEA RODRIGUES MOTA**

**ORIENTAÇÃO:**

**PROFESSORA LÚCIA ROCHA**

**PORTO, FEVEREIRO DE 2013**



“No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade”

KANT

I



## **ÍNDICE**

	Pag.
<b>INTRODUÇÃO</b>	5
<b>1. A COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	7
1.1 O CONCEITO DE COMUNICAÇÃO	7
1.2 FACTORES FACILITADORES E INIBIDORES DA COMUNICAÇÃO	8
1.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	10
<b>2. PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	13
2.1 CONCEITO DE PRIVACIDADE	13
2.2 ASPECTOS JURÍDICOS DO DIREITO À PRIVACIDADE	14
2.3 PROTECÇÃO DE DADOS NA SAÚDE E ACESSO À INFORMAÇÃO	15
2.4 CONDICIONANTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	17
<b>CONCLUSÃO</b>	21
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	23



## INTRODUÇÃO

Os Serviços de Urgência constituem, regra geral, o primeiro contacto do utente com os serviços de saúde (DGS, 2001), sendo unidades diferenciadas na prestação de cuidados, com um importante enfoque na diferenciação técnico-científica dos seus recursos humanos, assim como nos seus recursos materiais e tecnológicos (Cardoso, 2002).

Muito embora as políticas de saúde, ao longo dos sucessivos governos, tenham tentado direccionar a procura dos serviços de saúde tendo como ponto de referência os centros de saúde (médico de família e enfermeiro de família), o recurso aos serviços de urgência continua a ser grande, podendo conduzir a problemas de qualidade na prestação de cuidados neste contexto assistencial.

Uma das questões a merecer reflexão ética na maioria dos serviços de urgência é a questão do direito da pessoa à privacidade e a comunicação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Maioritariamente os serviços de urgência funcionam em espaços despersonalizados, partilhados, conjuntamente, por muitos doentes (com família/acompanhantes) e inúmeros profissionais de saúde, num ambiente de permanente agitação, onde a complexidade de cuidados prestados é elevada e onde se observam situações de risco iminente de vida.

Aliado ao facto da pessoa que recorre ao serviço de urgência estar numa situação de extrema vulnerabilidade, pela incerteza de um diagnóstico e tratamento concomitante para a sua situação de doença aguda, a permanência efetua-se em macas, por longos períodos de tempo, a possibilidade de obter e receber atenção personalizada por parte de algum profissional é tarefa árdua e, na eventualidade de o conseguir, a comunicação e a privacidade poderão estar comprometidas pela inexistência um espaço físico privado que assegure o respeito por este direito da pessoa.

A abordagem do doente com cortesia, profissionalismo, disponibilidade e compreensão é imperativo no serviço de urgência face aos aspetos emocionais em presença e que vão afetar a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro-doente. Como refere Goleman (1997), as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara; logo, a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário. E como as primeiras impressões são as mais duradouras, deverão ser desenvolvidas atitudes impregnadas de

atenções positivas, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor na cascata de emoções negativas vivenciadas perante o confronto com a doença.

A questão da intimidade e privacidade da pessoa atendida em serviço de urgência reveste-se de uma enorme complexidade, pois estão em conflito a obtenção, utilização, partilha de informação e prestação de cuidados num espaço definido de tempo (previsivelmente curto) e a garantia destes direitos, tendo sempre como observância o fundamento ético o respeito pela dignidade da pessoa humana.

É um trabalho que se encontra dividido em duas partes fundamentais: a primeira parte refere-se ao enquadramento teórico do tema (conceitos comunicação/privacidade) e na segunda parte abordaremos, os aspetos jurídicos do direito à privacidade, a proteção de dados na saúde e acesso à informação e as condicionantes do serviço de urgência, finalizando com uma nota conclusiva.

Com este trabalho pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre Comunicação e Privacidade;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta dimensão na globalidade dos cuidados à pessoa;
- Permitir a análise reflexiva relacionada com esta temática;

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizaremos uma metodologia descritiva fundamentada na pesquisa bibliográfica e na partilha de informação com o Sr Enf<sup>o</sup>Tutor Paulo Couto.

## **I. A COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

### **I.1 – O CONCEITO DE COMUNICAÇÃO**

O cuidar, que constitui a base da profissão de enfermagem, não é efetivo sem comunicar. Como defende Peplau (1990), o cuidado em enfermagem “*é um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada. Desenvolvido num clima de respeito, confiança e aprendizagem, este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes*”.

A utilização de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro efetuar uma avaliação holística da pessoa a vivenciar uma situação de doença para, em seguida, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria. A não observância deste tipo de comunicação dificulta a edificação da relação enfermeiro-doente, não se tornando um parceiro, mas um recetor passivo de cuidados. É requerido, pois, ao enfermeiro, uma grande capacidade de observação e habilidades de comunicação para permitir a expressão verbal do utente e ser capaz de interpretar a sua comunicação não-verbal.

Etimologicamente, comunicar provem do latim *communicare*, que tem o significado de: trocar opiniões, partilhar, tornar comum, conferenciar.

A comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve e este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o espaço na qual se situa a interação e a situação que coloca em relação aos protagonistas. O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interação.

Os axiomas da comunicação humana, ou seja, as estruturas básicas que regulam todo o processo da comunicação, foram expressos por Watzlawck, Beaven & Jackson (2001):

- Não se pode não comunicar;
- Toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é uma metacomunicação;
- A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicantes;
- Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, a quais se baseiam na igualdade ou na diferença;

- Os seres humanos comunicam digital e analogicamente; a linguagem digital tem uma sintaxe lógica complexa e poderosa, mas carente de adequada semântica, ao passo que a linguagem analógica possui semântica, mas não tem uma sintaxe adequada para a definição.

De um modo geral poder-se-á afirmar que a mensagem rege-se por regras da linguagem - não é só um aparato de fonética que se transmite, mas a gestualidade, a postura corporal e as ações expressam tanto ou mais que as próprias palavras. É mesmo impossível não comunicar porque todo o comportamento é comunicação.

Fiske (2002), teórico da comunicação, defende a existência de três pressupostos básicos na comunicação:

- Toda a comunicação envolve signos e códigos – *“Os signos são artefactos ou actos que se referem a algo que não eles próprios, ou seja, são construções significantes. Os códigos são os sistemas nos quais os signos se organizam e determinam a forma como os signos se podem relacionar uns com os outros”*;
- Os signos e os códigos são transmitidos ou tornados acessíveis a outros e transmitir ou receber signos/códigos/comunicação é a prática das relações sociais;
- A comunicação é central para a vida da nossa cultura: sem ela, toda e qualquer cultura morrerá. Consequentemente, o estudo da comunicação implica o estudo da cultura na qual ela se integra.

## I.2 FACTORES FACILITADORES E INIBIDORES DA COMUNICAÇÃO

A **cultura** e a **linguagem** poderão ser identificadas como dois dos principais elementos facilitadores da comunicação.

A linguagem só existe na situação de comunicação; uma linguagem nasce e desenvolve-se em função da necessidade de comunicar entre os membros de um grupo. A comunicação ocorre dentro de uma cultura, e é ela que dá significado aos factos e à comunicação. A língua estabelecesse como um meio para que os indivíduos entrem em interação com os outros membros da sua cultura e um meio para pensar.

A língua adotada por uma sociedade tem o papel de formalizar os valores, as crenças e as normas, fomentando os relacionamentos interpessoais. É o agente primordial para a efetivação da comunicação. A linguagem determina as dimensões e os limites da comunicação entre as culturas.

A cultura *“são as redes de significado”* que giram em torno dos seres humanos, a linguagem, arte, música, dança textos escritos, filmes, gravações, software — são as ferramentas que os seres

humanos usam para interpretar, reproduzir, manter e transformar essas redes de significado.

As dimensões do pensamento e da razão são constituídas através da linguagem e da cultura. A língua dá forma aos valores, crenças, objetivos organizacionais e ideológicos da sociedade. Como defende Sassure (1995), a língua é um produto do espírito coletivo dos grupos linguísticos. As palavras constituem os discursos sociais, as retóricas, as manifestações da linguagem humana e formam ideologias singulares e características peculiares de cada sociedade. As palavras são a entrada no mundo, a criação de um universo de significados que marcam a personalidade e moldam a interação com os outros, construindo uma realidade particular.

A diversidade cultural é incontornável e o conhecimento das variações culturais dos elementos que constituem a comunicação verbal e não-verbal, poderá ajudar a ultrapassar dificuldades impostas na comunicação intercultural. Desta forma, a partilha do mesmo universo de significações, de representações e de crenças, a comunicação efetua-se num clima de relativa compreensão.

Por outro lado, as **emoções** e o **stress** poderão ser identificados como elementos inibidores do processo de comunicar.

O modo como as emoções e os sentimentos são expressos está, muitas vezes, relacionado com a cultura, e influencia o outro na capacidade de se relacionar. A título de exemplo, na cultura japonesa existe a tendência para minimizar a exibição das emoções, enquanto na etnia cigana se exagera o que sente, dilatando a expressão emocional. Um sentimento pode ser substituído por outro, como acontece com algumas culturas asiáticas que consideram indelicado dizer não, pelo que expressam um falso sentimento; assim, as exhibições emocionais têm consequências imediatas na pessoa a quem são dirigidas.

Pessoas com maior capacidade de expressividade, geralmente, influenciam emoções nas outras. Goleman (2003) refere que *“o grau de ligação que as pessoas sentem num encontro é espelhado pela maior ou menor orquestração dos seus movimentos físicos enquanto conversam”* sendo revelador de proximidade ou afastamento. Do mesmo modo, o poder de um bom orador funciona de modo a influenciar as emoções daqueles que o escutam.

De igual modo, os pensamentos e sentimentos têm uma vibração, uma força dentro de cada ser humano, que interfere como inibidor ou facilitador na comunicação. São cada vez mais os estudos científicos que vão evidenciando o impacto do pensamento positivo ou negativo sobre a saúde física, daí a importância crescente de técnicas de relaxamento, visualização criativa e curativa e do auto controlo mental.

O stress é outro elemento inibidor da comunicação, sendo a condição que decorre das trocas (transações) pessoa/meio ambiente, e que conduzem o indivíduo a perceber/sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os re-

cursos que indivíduo possui, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas.

O stress pode ser conceptualizado de 3 formas distintas como: um estímulo, uma resposta, um processo:

- Como estímulo, será qualquer conjuntura que, de forma pouco usual ou extraordinária, exige do indivíduo uma mudança no seu padrão de vida.
- Como resposta, centra-se nas reações das pessoas às ocorrências stressantes. A resposta tem duas componentes relacionadas:
  - a) A componente psicológica, que envolve o comportamento, padrões de pensamento e emoções.
  - b) A componente fisiológica como por exemplo, aumento do ritmo cardíaco, hípseudorese, secura de boca, sensação de estômago apertado, entre outros.
- Como processo, abrange os acontecimentos stressores e as respostas de tensão. Envolve interações contínuas e ajustamentos, denominados de transações ou trocas, entre a pessoa e o meio, cada um influenciado e sendo influenciado pela outra. Nesta perspectiva, o stress não é apenas um estímulo ou uma resposta, mas antes um processo no qual o indivíduo é um agente ativo que pode influenciar o impacto de um acontecimento stressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais.

O modo como cada pessoa vivencia determinada situação considerada stressante, com a carga emocional inerente, tem impacto na forma como estabelecerá comunicação com o outro e um enorme impacto nos resultados dessa comunicação.

Concordando com Carper (1997) *“a enfermagem depende da especificidade do conhecimento do comportamento humano quanto à doença e à saúde, à percepção estética das experiências humanas significantes, uma compreensão da individualidade única do self e a capacidade para fazer escolhas em situações concretas envolvendo julgamentos morais particulares”*, onde a participação dos diversos intervenientes é considerada no processo de cuidar.

### I.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é determinada pelo contexto em que se insere e envolve as relações dos interlocutores. O contexto constitui um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e rituais de interação.

Os serviços de saúde têm uma cultura própria, médica (paternalista), tecnológica, hierárquica, na qual muitos doentes utilizadores não estão habituados, existindo frequentemente dificuldade na descodificação da informação.

A doença e a necessidade de hospitalização são, regra geral, sinónimos de mau estar, an-

siedade e stresse. Muito embora a formação dos profissionais de saúde, com especial relevância para os enfermeiros, tenha em consideração os aspetos emocionais e vivenciais da pessoa confrontada com a doença e hospitalização, muito frequentemente quando internado, o “doente” é padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social, afastado da família e dos conviventes significativos. A relação doente - técnico de saúde é, regra geral, formal, distanciada, com recurso a linguagem técnica e incompreensível, influenciando em maior ou menor grau a comunicação. A assimetria de informação existente entre quem está doente e de quem detém conhecimento sobre os processos de cuidar e tratar, raramente se esbate, mas tende a exacerbar.

Daí a necessidade da comunicação em contexto de saúde ser adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional, às representações e crenças de saúde de cada pessoa. Não ter em atenção estes fatores gera ansiedade, insatisfação quanto à qualidade de cuidados, aumenta os erros de avaliação de diagnóstico, assim como a procura de cuidados noutros serviços ou, em última análise, abandono do tratamento.

Os enfermeiros deverão, na sua prática clínica, incorporar a comunicação como entidade primordial de trabalho, observando-a como veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica. Riley (2004) expressa os seguintes tópicos numa relação terapêutica:

- ✓ Escuta – comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo cliente.
- ✓ Silêncio – de forma não-verbal o enfermeiro comunica ao doente a sua aceitação.
- ✓ Orientação – ajuda o cliente a saber o que espera dele.
- ✓ Comentários abertos – permite ao cliente selecionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir.
- ✓ Redução de distância – comunica de forma não-verbal que o enfermeiro quer estar próximo do cliente.
- ✓ Consideração – demonstra a importância do papel do cliente na relação.
- ✓ Recapitulação – solicita a validação da interpretação da mensagem pelo enfermeiro.
- ✓ Reflexão – tenta demonstrar ao cliente a importância das suas próprias ideias, sentimento e interpretações.
- ✓ Clarificação – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o cliente.
- ✓ Validação consensual – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do cliente.
- ✓ Focalização – orienta a conversa para o tópico de importância.
- ✓ Síntese – ajuda o cliente a separar o material relevante do irrelevante; serve como revisão e termo de relação.

✓ Planificação – reitera o papel do cliente na relação

O enfermeiro deve conciliar o seu plano de ação, numa ação conjunta, valorizando os aspetos objetivos e subjetivos do mundo de vida do utente, sem imposições ou manipulações.

Por outro lado; atendendo à complexidade do contexto onde exerce a sua atividade, o enfermeiro deve conhecer bem as suas características estruturais e estar consciente dos elementos que poderão ser barreira ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa que cuida, como egocentrismo, timidez, dificuldade de expressão, escolha inadequada do recetor (momento, local e meio), excesso de intermediários, preconceitos, status, suposições, distrações, diálogos surdos, monólogos coletivos. Por outro lado, deve desenvolver mecanismos de defesa ao stress e a ansiedade, inerentes à complexidade e multiplicidade de tarefas que desenvolve, pois estes são de facto, como se analisou, elementos que comprometem o processo de comunicação.

## 2. PRIVACIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

### 2.1 CONCEITO DE PRIVACIDADE

Privacidade representa um conceito multidimensional, não existindo na literatura uma definição universalmente aceite. Uma das dificuldades encontradas na obtenção de consenso na definição do termo reside no facto de a necessidade de privacidade ser individual e, portante, a importância que cada ser humano atribui àquilo que é seu, ao que é íntimo, é variável, sendo difícil uma definição em termos genéricos.

Etimologicamente o termo “privacidade” deriva da palavra latina *privatus*, que significa “pertence a alguém”, relacionando-se com o conceito de “guardar”, “reservar”, apontando para a necessidade de atender com cuidado, algo que se constitui para a pessoa como um valor fundamental que lhe é próprio. (Ourives, 2004). A privacidade funciona como uma forma de retiro para preservar a intimidade.

O conceito de privacidade é analisado, usualmente, sob dois pontos de vista diferentes. O primeiro reporta-se ao controlo que a pessoa exerce sobre o acesso dos outros a si próprio (sendo este o ponto de vista mais comum, alicerçado em direitos pessoais) e o segundo refere-se à privacidade como uma condição ou estado de intimidade.

As noções de subtração da atenção pública de reserva social estão ligadas ao conceito de privacidade, verificando-se uma oposição entre o que é público e o que é privado, tal como se existisse uma desvinculação entre estes dois ambientes. Porém, a privacidade pode desenrolar-se num local privado, bem como num local público ou até mesmo, sob a exposição pública. Existem comportamentos ou relacionamentos privados que podem apresentar uma dimensão pública, pois a pessoa, no domínio público, poderá, por exemplo, expressar-se ou vestir-se como entender, sem que os outros possam invadir essa esfera. É consensual a necessidade de um equilíbrio entre o público e o privado, em que o elemento central é a pessoa.

A cultura tem uma enorme influência naquilo que pode ser considerado da esfera privado ou pública, pois um determinado aspeto considerado do âmbito público numa cultura, pode ser visto como do âmbito privado noutra, ou seja, as fronteiras e os limites da privacidade podem variar de cultura para cultura.

Como defendem Becker e Becker (2001), a privacidade é um meio para socialmente respeitar e desenvolver a personalidade moral, de modo a permitir a expansão de qualidades, tais como o julgamento independente, a criatividade, a auto-aprendizagem e o auto-respeito.

Privacidade e intimidade surgem muitas vezes como sinónimos; contudo, como refere Urabayen (1977) “o íntimo é um núcleo mais interno do que o meramente privado, é o coração do coração de cada pessoa”. A intimidade é o agregado de sentimentos, pensamentos e inclinações mais internos, como a ideologia, a religião ou as crenças, as tendências pessoais que afetam a vida sexual, os problemas de saúde que desejamos manter secretos ou outras inclinações (Ortiz, 2005). Dirá, pois, respeito ao mais profundo da alma, ao mais interior, sendo um espaço protegido que permite o livre desenvolvimento da personalidade e construção da identidade (Archer, 1994). A intimidade torna a pessoa singular, fazendo parte da sua essência.

A privacidade, por seu lado, diz respeito ao âmbito da pessoa constituído pela sua vida familiar, os seus afetos, os seus bens particulares e as suas atividades pessoais, desunidos dos aspetos da vida profissional ou pública. Estes aspetos, a que se acresce os aspetos íntimos, compõem uma esfera da vida que se tem o direito de proteger de ingerência de outros. Desta forma, o espaço da intimidade é parte integrante da privacidade, mas o contrário não acontece (Díaz, 2005).

Os conceitos de privacidade e intimidade representam a pessoa e a personalidade do sujeito. Na ótica da intimidade, o que está em causa é o radicalmente interdito, enquanto que na perspetiva da privacidade, está em causa o genericamente reservado.

Muito próximo dos conceitos de privacidade e intimidade, está o conceito de confidencialidade. Confidencialidade refere-se a uma atitude ou comportamento de respeito, silêncio ou segredo, relativamente a um dado íntimo ou privado da vida de uma pessoa. Aquilo que é confidencial será o que, de carácter privado, se revela a alguém, com a propósito de que não seja revelado aos demais sem o consentimento do próprio. Configura-se um dever moral, além de jurídico, não partilhar a informação recebida com terceiros estranhos (Ortiz, 1999).

## 2.2 ASPECTOS JURÍDICOS DO DIREITO À PRIVACIDADE

Em Portugal, a privacidade foi concebida, inicialmente, como reflexo de outros bens jurídicos já previamente consagrados, como a honra, o nome, a propriedade, a imagem, a liberdade e a segurança individual (Andrade, 1999), sendo hoje um direito autónomo. A incorporação de instrumentos internacionais de Direitos do Homem no ordenamento jurídico nacional contribuiu para a edificação deste direito.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem determina, no artigo 12º, que “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito à proteção da lei”.

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem, no mesmo sentido, dispõe no artigo 8º

que “1 - Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência; 2- Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infrações penais, a proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e das liberdades de terceiros”

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia determina, no artigo 7º, do seu Capítulo II (referente às Liberdade), o “respeito pela vida privada e familiar”, no sentido de que “todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua vida privada e familiar, do seu domicílio e das suas comunicações”.

Em Portugal a privacidade é tutelada a nível constitucional desde 1976. Após a quinta revisão constitucional, aprovada pela Lei Constitucional nº 1/2001 de 12 de Dezembro, o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar, passou a estar disposta no artigo 26º. Sobre a epígrafe “Outros direitos pessoais” estabelecendo:

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.
2. A lei estabelecerá garantias efetivas contra a utilização abusiva, ou contrária à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.
3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.
4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efetuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos”.

O direito à privacidade está intimamente relacionado com noção fundamental de dignidade da pessoa humana, expressa no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa, que declara que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre justa e solidária”, em que cada cidadão “o direito a uma esfera própria inviolável, onde ninguém deve poder penetrar sem autorização do respetivo titular” (Acórdão nº 355/97 de 7 de Maio de 1997).

### 2.3 PROTECÇÃO DE DADOS NA SAÚDE E ACESSO À INFORMAÇÃO

A prestação de cuidados no âmbito da saúde, presume um conjunto de postulados, como o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, desde logo em condição de grande vulnerabilidade pela situação de doença. Este postulado pressupõe, não só o respeito pela privaci-

dade informacional, corporalizada nos dados de carácter pessoal que o estado de saúde/doença inevitavelmente gera mas, também, a consideração pela privacidade espacial – respeito pela privacidade física e psicológica.

Portugal tem legislação própria sobre a proteção de dados de carácter pessoal - Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 67/98, de 26 de Outubro, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE) e que reconhece os dados relativos à saúde como dados especialmente protegidos.

No que respeita ao direito à privacidade física no âmbito da saúde, está contemplado na Lei de Bases da Saúde - Base XIV, nº I, alínea c), que estabelece que os utentes têm direito “ a ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.

No que se refere à identificação de dados pessoais, a Lei da Proteção de Dados Pessoais, concretiza dados pessoais como “qualquer informação, de qualquer natureza e independentemente do respetivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (‘titular dos dados’), mencionando, ainda, que “é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada direta ou indiretamente, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social” (Art. 3º, alínea a), da Lei nº 67/98, p. 5536.)

Logo, os dados pessoais referem-se a uma pessoa específica e, como tal, correspondem a informação indissociável do titular desses dados que, por seu lado, terá necessariamente de ser identificado ou identificável, para que os dados sejam considerados pessoais. Quando os dados não permitem a identificação do titular não são considerados pessoais, como serão exemplo ficheiros que contenham dados dissociados, anónimos, não identificáveis (mesmo sendo referentes a informação de saúde), aos quais não é possível relacionar uma pessoa em concreto. Os dados de saúde são dados de carácter pessoal, todavia, ligados ao estado de saúde.

A Lei nº12/2005, de 26 de Janeiro tem expresso o conceito de informação de saúde: “...abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar”. Portanto, a informação de saúde compreende todos os dados de carácter pessoal que, direta ou indiretamente, indiquem a situação de saúde/doença da pessoa, no momento atual e no futuro, mesmo quando essa informação se reporte a uma pessoa já falecida. Abrange a história clínica e familiar, ou seja, os antecedentes, o diagnóstico clínico, os procedimentos realizados, nomeadamente, exames complementares de diagnóstico, tratamentos e a própria informação genética quando relacionada com a saúde da pessoa, seja ela relativa ao presente ou ao futuro.

Porém é impossível a prestação de cuidados de saúde sem acesso a esta informação sensível, estando mesmo expresso, no Código Deontológico da Ordem dos Médicos que, independentemente do estatuto a que submeta a sua ação profissional, o médico tem “o direito e o dever de registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-as ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo profissional”.

No mesmo sentido, o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 83º - “Do direito ao cuidado”, na alínea d), declara que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. De acordo com o exposto no art. 85º do mesmo Código Deontológico, o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- “a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

Importa ainda referir que o sigilo pode também ser abordado do ponto de vista da privacidade física e psicológica, ou seja, do limite de acesso à própria pessoa, à sua intimidade. É nesta linha que se enquadra o art. 86º do Código Deontológico do Enfermeiro ao reiterar o respeito pela intimidade, pela atenção aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assumindo o enfermeiro o dever de:

- “a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

## 2.4 CONDICIONANTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os serviços de urgência hospitalar estão destinados a receber situações de grande gravi-

dade, impondo meios sofisticados de diagnóstico e de tratamento, em que o internamento é provável e o doente não pode habitualmente deslocar-se pelos seus meios. São consideradas urgências “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e emergências “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001).

A afluência aos serviços de urgência é enorme, sendo que, os dados disponíveis (de 2005), apontam para um atendimento diário em urgência geral de 13931 doentes (580 por hora) nos hospitais portugueses, aos quais se deverão acrescentar os valores das urgências pediátricas, de ginecologia/ obstetrícia, psiquiátricas, oftalmológicas e de ORL.

Os serviços de urgência são, de facto, o primeiro recurso e porta de entrada no SNS e muitas vezes o primeiro e único rosto a dar resposta a situações de cariz social - situações de idosos abandonados, de pessoas sem abrigo, de alcoólicos, de toxicodependentes, de doentes terminais, de doentes crónicos e sós, de pessoas agredidas, de crianças mal tratadas/negligenciadas e, até, de pessoas agitadas e agressivas trazidas pelas autoridades.

Existe a ideia radicada na população que os serviços de urgência estão abertos 24 horas por dia e são de fácil acesso, não é necessária marcação, é um acesso vantajoso para quem tem poucos recursos, o tratamento é independente da capacidade de pagar, estão abertos aos fins-de-semana, férias e fora do horário normal. Só que a pressão que é exercida pela afluência a estes serviços condiciona atendimento impróprio, pela impossibilidade de abordagem global do doente, pelas falsas tranquilizações (pois as respostas são, geralmente, de circunstância), pela dificuldade no controlo de doenças crónicas, pela aplicação de paradigmas de abordagem que são próprios para situações agudas a casos crónicos, pela impossibilidade de os profissionais terem o seguimento e avaliação do impacto dos seus procedimentos, impossibilidade de construir uma relação funcional profissional de saúde-doente e pela dificuldade em ter uma abordagem integrada para o doente com multipatologia (DGS, 2001). Fica também vacilante o assegurar do direito à privacidade e a comunicação estabelecida num clima terapêutico.

Como refere Gouveia (2002), os serviços de urgência são “espaços amplos, despersonalizados, partilhados por muitos clientes e também por vários profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade da pessoa”. É muito comum, e uma realidade que pode ser observada e vivenciada pelos utilizadores dos serviços de urgência que, quando não existem vagas para internamento hospitalar, todos os espaços físicos do serviço se transformam em enfermaria; então, no mesmo espaço, e sem reserva pela proximidade física que seria desejável, partilham espaço pessoas doentes com diferentes graus de gravidade (desde o aquelas que aguardam um simples resultado

analítico, aquelas em situação de doença terminal, ao agitadas que perderam a noção da realidade e que colocam em risco a sua integridade física e a dos demais...). Nestas condições é relativamente fácil, qualquer pessoa presente ficar inteirada dados pessoais de outros, nomeadamente informação sensível relativa ao estado de saúde/ doença, que deveria ser do âmbito privado.

As “consultas de corredor” são comuns, as colheitas de espécimes para análise ocorrem perante o olhar indiscreto dos restantes doentes e profissionais de saúde e, mesmo quando é utilizada uma cortina para criar uma barreira física e preservar a privacidade, isso poderá não ser suficiente, pois a comunicação e a livre expressão de sentimentos/ emoções ou relato da sintomatologia está comprometida (pois as pessoas presentes nesse espaço conseguirão ouvir tudo o que irá ser dito).

O sistema de Triagem de Prioridades de Manchester poderá ser, uma ferramenta útil no sentido de contribuir para a garantia da privacidade do doente, desde logo pela diferenciação dos diferentes graus de gravidade e tempos desejáveis de atendimento; contudo, sem um eficaz método de gestão de doentes triados e sem uma efetiva liderança de recursos humanos e processos de trabalho, a acumulação de pessoas nos diferentes espaços físicos continuará a ser uma realidade.

A privacidade informacional também poderá ser colocada em questão no serviço de urgência, quando inúmeros profissionais, com formações muito distintas (nomeadamente formação ética e deontológica sólida que lhes permita compreender a questão da privacidade e da confidencialidade, de forma a respeitar as pessoas doentes neste direito), têm acesso a toda a informação que a prestação de cuidados produz.

Algumas aplicações informáticas já constituem um avanço nesta área, nomeadamente o ALERT que funciona com perfis de utilizadores, em que cada profissional tem acesso à informação imprescindível para prestar cuidados de saúde na sua área de intervenção.

Uma questão relacionada com a utilização do a é a recolha de fotografia da pessoa doente no momento de admissão. Embora este elemento possa ter alguma utilidade na identificação da pessoa no espaço físico do serviço de urgência (nomeadamente em doentes afásicos, confusos, desorientados, em coma), ele não constitui, em si, um elemento relevante para a prestação de cuidados. Deverá, de acordo com o artigo 6º, da Lei nº 67/98, ser obtido o consentimento prévio e expresso do titular e que essa informação não seja usada para outra finalidade ou cedida a terceiros.

Quando se aborda o tema da privacidade reporta-se à preservação da integridade individual (física, psicológica, informacional e decisional) de qualquer intromissão externa. O que está em causa é o respeito absoluto pela pessoa na circunstância de doente e as responsabilidades

éticas da obrigação de ser um profissional que se pauta pela excelência dos cuidados que presta. Um maior respeito pelo direito à privacidade na prática de cuidados de saúde, implica modificações na formação dos profissionais – aquisição de conhecimentos na área da bioética e da ética profissional na formação profissional, quer a nível pré-graduado, pós-graduado, bem como na formação contínua.

A informatização dos dados, se por um lado desejável, implica a adoção de comportamentos que assegurem a confidencialidade dos dados como o recurso a passwords, encriptação de informação, cópias de segurança, linhas seguras, separação entre dados administrativos e dados de saúde, perfis de utilizadores e procedimentos técnicos que permitam a disponibilização de dados não nominativos destinados à investigação científica.

Um aspeto a ter em consideração futura, reporta-se à arquitetura dos espaços, que para além de assegurarem a correta funcionalidade, devem ser acolhedores, permitirem cuidar na intimidade e permitam a comunicação de informação sensível em privacidade

## CONCLUSÃO

O direito à privacidade está, atualmente, consolidado como um direito fundamental nas sociedades democráticas e plurais, que visa proteger a integridade individual (física, psicológica, informacional e decisional) de qualquer intromissão externa. Encontra-se declarado nos mais variados documentos de índole jurídico internacional e nos ordenamentos internos dos diversos países, incluindo no português.

A situação de doença constitui um dos aspetos mais marcantes da vida da pessoa, sendo um dos aspetos mais íntimos e, ao mesmo tempo, mais exposto pela necessidade de cuidados. Em situação de recurso ao serviço de urgência, o direito à privacidade poderá não estar assegurado face a condicionamentos destes serviços. Os profissionais deverão procurar desenvolver estratégias criativas, apesar das adversidades do meio, por forma a garantir a salvaguarda da privacidade ou, de uma forma mais realista, de minimizar a sua devassa.

Deve ser enfatizada a pertinência da adequada formação e sensibilização dos profissionais e, para além da atenção atribuída ao número ou gravidade da situação clínica dos doentes, devem merecer atenção determinados pormenores que poderão fazer a diferença na prestação de cuidados como utilizar biombo ou cortinas, avaliar os doentes e prestar cuidados nos espaços próprios, evitar a presença de doentes agitados no corredor, separar os utentes por gravidade clínica, limitar o acesso apenas às pessoas autorizadas pelo doente, restringir do número de indivíduos nos corredores, educar as visitas e familiares no sentido do respeito pela privacidade dos doentes (por exemplo, através de panfletos criativos e apelativos), limitar o número de visitas simultâneas. Para além destes aspetos, devem ser incorporados na prática de cuidados no serviço de urgência aspetos como a modulação do tom de voz; o recurso a espaços adequados para a transmissão de informação sensível; a utilização de símbolos/ códigos para determinados diagnósticos que sejam apenas do conhecimento dos profissionais e que não estejam expostos em locais de fácil acesso pelo público.

Outros comportamentos a serem adotados passam pela não transmissão de informações clínicas via telefone e evitar comentar situações clínicas, mesmo com outros profissionais de saúde, em espaços públicos. Cada profissional é responsável pela manutenção confidencial da das suas passwords, assim como pela adoção de estratégias básicas de proteção da informação, como por exemplo, da sua alteração periódica das passwords ou de fechar o sistema sempre que o mesmo não seja utilizado.

Todos os envolvidos, em particular os profissionais de saúde, deverão reconhecer que o que está em causa não é o simples cumprimento de um direito fundamental, mas o reconhecimento de um princípio inalienável. A dignidade da pessoa humana não é uma questão de retórica mas pode e deve ser incorporado na prática como base de sustentação para uma atuação profissional competente e responsável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acórdão n° 355/97 de 7 de Maio de 1997, publ. in Acórdãos do Tribunal Constitucional, Vol. 37, Coimbra: Coimbra Editora

ANDRADE, Manuel Costa (1999), “Devassa da Vida Privada”, in Comentário Conimbricense do Código Penal (coord.: Jorge de Figueiredo Dias), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora

ARCHER, Luís (1994), “Genoma e Identidade”, Cadernos de Bioética, Dezembro de 1994, Coimbra: Centro de Estudos de Bioética

BECKER, Lawrence C. e BECKER, Charlotte B. (2001), Encyclopedia of Ethics, 2ª ed., Vol. III, Inglaterra: Taylor & Francis Books

CARDOSO, Fernando Martins (2002), Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência – Satisfação dos Utentes, Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, p. 51.

CARPER, B. A. (1997) – Fundamental patterns of knowing in nursing. Advanced Nursing Science, 1(13).

CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA (2000/C), proclamada solenemente pelo Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão, em Nice, em 7 de Dezembro de 2000. Integrada (como Parte II) no Tratado que estabelece uma Constituição para a Europa, assinado em Roma, pelos Chefes de Estado e de Governo da União Europeia, em 29 de Outubro de 2004. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 18 de Dezembro de 2000, pp. 364/1-22, disponível in [www.europarl.eu.int/charter/pdf/text\\_pt](http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_pt).

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS. Cf. ORDEM DOS MÉDICOS (1985), “Código Deontológico”, Revista da Ordem dos Médicos, n° 3, Março de 1985, Lisboa, pp. 1-28. Disponível in <http://www.ordemdosmedicos.pt>

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n° 104/98, de 21 de Abril, sobre o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publ. in Diário da República – I Série-A, n° 93, p. 1755.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2003), Coimbra: Almedina

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM. Disponível in: <http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001), Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, p. 6, disponível em <http://www.dgs.pt>.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001), Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

FISKE, John (2002), Introdução ao Estudo da Comunicação, Porto, Asa.

GLEN, Sally e JOWNALLY, Sheila (1995), “Privacidade: Um Conceito-Chave em Enfermagem”, Nursing, Novembro de 1995, n° 94, Lisboa

GOLEMAN, Daniel – Inteligência Emocional. Braga: Temas e Debates. 1996.

GOUVEIA, Maria do Carmo Lemos Vieira (2002), A Interacção Enfermeiro-Cliente num Serviço de Urgência, Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta

HARVEY, D. (1992). Condição pós-moderna. (10. ed.) São Paulo: Loyola.

Lei n° 12/2005 de 26 de Janeiro, sobre a Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde, publ. In Diário da República – I Série-A, n° 18, pp. 606-611.

Lei n° 67/98, de 26 de Outubro - Lei da Protecção de Dados Pessoais

OURIVES, Alzira (2004), “Confidencialidade e Privacidade”, in Para uma Ética da Enfermagem (coord.: Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco), Coimbra: Gráfica de Coimbra em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética /Pólo dos Açores

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS, assinado sob a égide da ONU, em 16 de Dezembro de 1966. Aprovado, para ratificação, pela Lei n° 29/78, de 12 de Junho.

PEPLAU, H. E. (1990), Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat.

PIERINI, Alicia; LORENCES, Valentín e TORNABENE, María Inês (1999), Hábeas Data, Buenos Aires: Editorial Universidad

RAMOS, N. (2004) - Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa, Universidade Aberta.

ROJO, José António Díaz (2005), disponível <http://www.ucm.es/info/especulo/cajetin/privacid.html>.

SAUSSURE, F. de. Curso de Linguística Geral. São Paulo: Cultrix, ed. 20, 1995. SIGNORINI, I. A questão da língua legítima na sociedade democrática: um desafio para a linguística aplicada contemporânea. In: MOITA LOPES, L. P. (Orgs) Por uma linguística aplicada Indisciplinar. São Paulo, 2006, p. 169-190.

URABAYEN, Miguel (1977), Vida Privada e Información: un Conflicto Permanente, Pamplona: Eunsa

VIEIRA, Flávia (2009). Reconfigurar a profissionalidade docente através de uma pedagogia da experiência. In B. Silva; L. Almeida; A. Lozano & M. Uzquiano (orgs.). Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, CIEd - Universidade do Minho, p. 5281-5296.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. (2001) – Pragmática da Comunicação Humana. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação. São Paulo: Cultrix.



## **b) Plano de Sessão**





**Formadora:** Manuela Dorotea Rodrigues Mota

**Orientadora:** Profª Lúcia Rocha

**Tutor:** Enfº Paulo Couto

**Enquadramento:**

- ✓ Realizada no âmbito do Estágio Módulo I: Serviço de Urgência do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica – Porto

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHVNGAIA/Espinho, EPE.

**Objetivos da formação:**

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da implementação da Comunicação/Privacidade na globalidade dos cuidados.
- ✓ Proporcionar uma análise reflexiva.

**Data da formação:** 14 de Fevereiro de 2013 pelas 15:30

**Duração da sessão:** 30 minutos

**Local da formação:** Sala de Reuniões no CIAP

**Metodologia:** Método expositivo e participativo

**Recursos materiais:** Computador e TV

<b><u>Fases</u></b>	<b><u>Conteúdos</u></b>	<b><u>Tempo</u></b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Apresentação do formador</li><li>✓ Apresentação da sessão</li></ul>	5 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Abordagem teórica sobre Comunicação e Privacidade</li><li>✓ Referência a algumas particularidades: Fatores facilitadores e inibidores da comunicação; Aspectos jurídicos; Proteção de dados e condicionantes da comunicação no SU</li></ul>	15 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Resumo da sessão</li><li>✓ Questões</li></ul>	10 Minutos



## **c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação**



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



## Comunicação e Privacidade

### Serviço de Urgência

Manuela Dorrões Mateu

CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



### Objectivos:

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da sua implementação na globalidade dos cuidados,
- ✓ Proporcionar uma análise reflexiva.

Manuela Dorrões Mateu

CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



### Sumário:

- Comunicação e Privacidade – Conceitos
- Fatores Facilitadores e Inibidores da Comunicação
- Comunicação em Saúde
- Aspectos Jurídicos
- Proteção de dados e Acesso à Informação
- Condicionantes e Contributos
- Bibliografia

Manuela Dorrões Mateu

CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



# Cuidar

# Comunicar

Manuela Dorrões Mateu

CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



## CUIDAR / COMUNICAR

Peplau (1990) refere que o Cuidado em Enfermagem...

“É um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada e deve ser desenvolvido num clima de respeito, de confiança e de aprendizagem.

Este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes”.

Manuela Dorrões Mateu

CATÓLICA  
UNIVERSIDADE PORTUGUESA  
CENTRO HOSPITALAR  
CUIDAR E COMUNICAR



## COMUNICAÇÃO

Etimologicamente, comunicar provem do latim *communicare*

*que significa*

trocar opiniões, partilhar, tornar comum, conferenciar.

Manuela Dorrões Mateu



**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## COMUNICAÇÃO

Bateson (1981), citado por Ramos (2004) refere que a comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve.

O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interação.

*Manuela Dourado Almeida*

**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## Fatores Facilitadores da Comunicação

*Manuela Dourado Almeida*

**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## Fatores Inibidores da Comunicação

*Manuela Dourado Almeida*

**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Deve ser adaptada

- Às capacidades cognitivas
- Ao nível cultural e educacional
- Às representações e crenças de saúde de cada pessoa.

Não ter em atenção estes fatores gera ansiedade, insatisfação, aumenta os erros de avaliação de diagnóstico, assim como a procura de cuidados noutros serviços ou, em última análise, abandono do tratamento.

*Manuela Dourado Almeida*

**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## RELAÇÃO TERAPÊUTICA

- Escuta
- Silêncio
- Orientação
- Comentários Abertos
- Redução de distância
- Consideração

Riley, 2004

**CATÓLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

## RELAÇÃO TERAPÊUTICA

- Recapitulação
- Reflexão
- Clarificação
- Validação consensual
- Focalização
- Síntese
- Planificação

Riley, 2004



**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**PRIVACIDADE**

Etimologicamente privacidade deriva da palavra latina *privatus*

*que significa*

“pertence a alguém”, r/c o conceito de “guardar”, “reservar”, implica atender com cuidado, algo que se constitui para a pessoa como um valor fundamental que lhe é próprio.

*Manual de Direitos Humanos*

**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**PRIVACIDADE**

Como defendem Becker e Becker (2001), a privacidade é um meio para socialmente respeitar e desenvolver a personalidade moral, de modo a permitir a expansão de qualidades, tais como o julgamento independente, a criatividade, a auto-aprendizagem e o auto-respeito.

*Manual de Direitos Humanos*

**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**PRIVACIDADE**

Privacidade  $\neq$  Intimidade

A intimidade é o agregado de sentimentos, de pensamentos e inclinações mais internos, como a ideologia, a religião ou as crenças, as tendências pessoais que afetam a vida sexual e os problemas de saúde que desejamos manter secretos.

A privacidade diz respeito ao âmbito da pessoa nomeadamente, a sua vida familiar, os seus afetos, os seus bens particulares e as suas atividades pessoais.

*Manual de Direitos Humanos*

**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**PRIVACIDADE**

Privacidade  $\neq$  Intimidade

Resumindo

Na intimidade  $\Rightarrow$  Interdito

Na privacidade  $\Rightarrow$  Reservado

*Manual de Direitos Humanos*

**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**PRIVACIDADE**

Privacidade  $\neq$  Intimidade

Resumindo

Na intimidade  $\Rightarrow$  Interdito

Na privacidade  $\Rightarrow$  Reservado

*Manual de Direitos Humanos*

**CATOLICA**  
CENTRO HOSPITALAR

**ASPECTOS JURÍDICOS**

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem, também refere no artº8 :

- 1 - Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência;
- 2 - Não pode haver ingerência da autoridade pública no exercício deste direito senão quando esta ingerência estiver prevista na lei e constituir uma providência que, numa sociedade democrática, seja necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar económico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infrações penais, a proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e das liberdades de terceiros

*Manual de Direitos Humanos*



**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**ASPECTOS JURÍDICOS**



Em Portugal, a privacidade foi concebida, como reflexo de outros bens jurídicos já previamente consagrados, como sejam a...

- Honra,
- Nome,
- Propriedade,
- Imagem,
- Liberdade,
- Segurança individual.

Hoje é um direito autónomo.

*Manual de Direito Médico*

**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**PROTECÇÃO DE DADOS  
E  
ACESSO À INFORMAÇÃO**



Na prestação de cuidados no âmbito da saúde, está inerente o respeito pela privacidade e intimidade da pessoa, desde logo em condição de grande vulnerabilidade pela situação de doença.

Engloba, não só o respeito pela privacidade informacional, corporalizada nos dados de carácter pessoal que o estado de saúde/doença inevitavelmente gera mas, também, a consideração pela privacidade espacial – respeito pela privacidade física e psicológica.

*Manual de Direito Médico*

**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**PROTECÇÃO DE DADOS  
E  
ACESSO À INFORMAÇÃO**



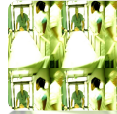
Portugal tem uma - Lei da Protecção de Dados Pessoais (Lei nº 67/98, de 26 de Outubro, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE) e que reconhece os dados relativos à saúde como dados especialmente protegidos.

*Manual de Direito Médico*

**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**PROTECÇÃO DE DADOS  
E  
ACESSO À INFORMAÇÃO**



O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 83º - “Do direito ao cuidado”, na alínea d), declara que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

*Manual de Direito Médico*

**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**PROTECÇÃO DE DADOS  
E  
ACESSO À INFORMAÇÃO**



O Enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

*Manual de Direito Médico*

**CATÓLICA**  
Instituto de Ciências da Saúde

**CENTRO HOSPITALAR**  
SANTO ANTÓNIO

**PROTECÇÃO DE DADOS  
E  
ACESSO À INFORMAÇÃO**



É nesta linha que se enquadra o art. 86º do Código Deontológico do Enfermeiro ao reiterar o respeito pela intimidade, pela atenção aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assumindo o enfermeiro o dever de:

- Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

*Manual de Direito Médico*



CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

## CONDICIONANTES SU

Como refere Gouveia (2002), os serviços de urgência são "...espaços amplos, despersonalizados, partilhados por muitos clientes e também por vários profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade da pessoa".

*Manuela Dourado Neto*

CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

## CONDICIONANTES no SU

Muitas vezes sobrelotação de espaço  
Partilha de espaço (diferentes graus de gravidade)  
Necessidade de gestão de ambiente (agitações)  
As "consultas de corredor"  
As colheitas de espécimens de forma "indiscreta"  
Formação insipiente (formar mais e melhor)  
Privacidade e Comunicação decididamente afectadas!

*Manuela Dourado Neto*

CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

## CONTRIBUTOS no SU

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester como garante da privacidade do doente e pela diferenciação dos diferentes graus de gravidade e tempos desejáveis de atendimento.

Ainda não há evidência de um método de gestão eficaz de doentes triados, nem uma efetiva liderança de recursos humanos.

*Manuela Dourado Neto*

CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

*"No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade"*

KANT

*Manuela Dourado Neto*

CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

*"No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade"*

KANT

*Manuela Dourado Neto*

CATÓLICA  
CENTRO HOSPITALAR

## Bibliografia

- Acórdão nº 355/97 de 7 de Maio de 1997, publ. in Acórdãos do Tribunal Constitucional, Vol. 37, Coimbra: Coimbra Editora
- ANDRADE, Manuel Costa (1999), "Devassa da Vida Privada", in Comentário Conimbricense do Código Penal (coord.: Jorge de Figueiredo Dias), Tomo I, Coimbra: Coimbra Editora
- ARCHER, Luis (1994), "Genoma e Identidade", Cadernos de Bioética, Dezembro de 1994, Coimbra: Centro de Estudos de Bioética
- BECKER, Lawrence C. e BECKER, Charlotte B. (2001), Encyclopedia of Ethics, 2ª ed., Vol. III, Inglaterra: Taylor & Francis Books
- CARDOSO, Fernando Martins (2002), Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência – Satisfação dos Utentes, Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, p. 51.
- CARPER, B. A. (1997) – Fundamental patterns of knowing in nursing. Advanced Nursing Science, 1(13).
- CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA (2000/C), proclamada solenemente pelo Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão, em Nice, em 7 de Dezembro de 2000. Integrada (como Parte II) no Tratado que estabelece uma Constituição para a Europa, assinado em Roma, pelos Chefes de Estado e de Governo da União Europeia, em 29 de Outubro de 2004. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 18 de Dezembro de 2000, pp. 364/1-22, disponível in [www.europarl.eu.int/charter/pdf/text\\_pt](http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_pt).
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS. Cf. ORDEM DOS MÉDICOS (1985), "Código Deontológico", Revista da Ordem dos Médicos, nº 3, Março de 1985, Lisboa, pp. 1-28. Disponível in <http://www.ordemdosmedicos.pt>
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, sobre o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publ. in Diário da República – I Série-A, nº 93, p. 1755.

*Manuela Dourado Neto*



## **ANEXO II**

### **AÇÃO DE FORMAÇÃO**

#### **“ESPIRITUALIDADE E SAÚDE ”**

- a) Suporte Teórico**
- b) Plano de Sessão**
- c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação**
- d) Questionário da “Avaliação da Ação de Formação”**
- e) Tratamento de dados da “Avaliação da Ação de Formação”**



## **a) Suporte Teórico**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# Espiritualidade



**Realizado por:**

Manuela Dorotea Mota

**Tutora:**

Enf<sup>ª</sup> Helena Teixeira

**Orientadora:**

Prof<sup>ª</sup> Lúcia Rocha

**Porto, Junho 2012**



---

## **LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS**

Nº- Número;

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

ICN - Internacional Council Nursing

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

CHVNG/ E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

RAER – Regulamento de Assistência Espiritual e Religiosa

SAER – Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

Sra – Senhora

Enf<sup>a</sup> - Enfermeira

p. - página



---

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	5
1. ESPIRITUALIDADE E SAÚDE .....	7
2. O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NA DIMENSÃO DE CUIDAR.....	11
3. REGULAMENTO INTERNO - CHVNGAIA / ESPINHO .....	15
CONCLUSÃO .....	17
BIBLIOGRAFIA.....	19
ANEXOS.....	21
ANEXO A - Regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do CHVNG/E.....	23
ANEXO B - Norma - Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa - UCIP do CHVNG/E .....	33
ANEXO C - Particularidades das Práticas Religiosas .....	41



---

## INTRODUÇÃO

No decurso do estágio referente ao Módulo II, em Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), a decorrer no CHVNGaia e Espinho, EPE, no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Português, Centro Regional do Porto e após diagnóstico de necessidades formativas, chegou-se à conclusão da importância de realizar um trabalho sobre “Espiritualidade e Saúde – RAER” com apresentação dirigido aos enfermeiros do serviço.

*“A espiritualidade é uma perspetiva pessoal abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana”* (Barbosa, 2010, p.603).

A enfermagem deve considerar o cuidar no seu todo, ou seja, cuidar a pessoa em todas as dimensões, desde a física, a psicológica, a social, a ecológica e a espiritual, para garantir a assistência global à pessoa como ser holístico.

Esta vertente de assistência espiritual não deve unicamente restringir-se ao doente mas envolver a família/cuidadores.

Assim, com este trabalho pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre “Espiritualidade e Saúde”;
- Apresentar o novo RAER do CHVNGaia e Espinho, EPE;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância desta dimensão na globalidade dos cuidados à pessoa;
- Permitir a análise reflexiva relacionada com esta temática;
- Ser um contributo para o meu processo de avaliação, neste módulo de estágio.

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizaremos uma metodologia descritiva fundamentada na pesquisa bibliográfica e na partilha de informação com a Sra Enf<sup>a</sup>. Tutora Helena Teixeira.

É um trabalho que se encontra dividido em duas partes fundamentais. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico do tema e na segunda parte apresentaremos o

---

RAER do CHVNGaia e Espinho, EPE, com posterior análise crítica-reflexiva sobre o mesmo.

---

## I. ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Atualmente o tema da espiritualidade adquiriu uma grande importância no âmbito das ciências da saúde. A nível académico e hospitalar já se compreendeu que a espiritualidade pode ter uma dimensão terapêutica. Narayanasamy (1999, p.247) refere que a espiritualidade *"é uma parte da construção da espécie humana e está presente em todos os seres humanos podendo manifestar-se como uma paz interior e uma coragem que deriva da percepção da relação com um Deus/transcendente/uma realidade última, seja qual for, o ente individual que se considere como ser supremo. A dimensão espiritual implica a presença de sentimentos que revelam a existência do amor, da fé, da esperança, da confiança, do profundo respeito, e da inspiração. Através dela emerge o significado e a razão para a existência"*.

Muitos autores têm procurado conceptualizar a espiritualidade e defini-la de uma forma mais ou menos abrangente. Embora ainda não haja consenso, quanto a uma nítida separação, entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, ambos são utilizados, indistintamente pelos utentes e profissionais e mesmo pelos investigadores. Sabemos que nem todas as pessoas que vivenciam a sua espiritualidade, a associam a uma religião ou crença.

A **religiosidade** emana de um sistema de crenças a que o indivíduo adere, com uma estrutura e hierarquia de valores, enquanto a **espiritualidade** é entendida como mais abrangente. É considerada como uma experiência pessoal na sua relação consigo própria, com o mundo, com os outros e com a natureza, contudo influenciada pelos diversificados contextos da sociedade em que se insere. Poderá, também, ter uma componente religiosa na sua relação com Deus ou com uma realidade transcendente. Enquanto os **valores espirituais** estão ligados à interioridade da pessoa e é nessa interioridade que se encontra o acolhimento, e o culto a que chamamos justo, belo e bom, os **valores religiosos** atingem o ser humano na sua relação com um ser superior, com Deus como um supremo valor, sendo o homem, aqui, chamado a transcender-se.

Para Bolander (1999), a Espiritualidade é o princípio da vida que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, emocionais, intelectuais, morais, éticas e volitivas, que favorece e influencia o poder de escolha e da tomada de decisões. Consideramos en-

---

tão, que é o balanço e a harmonia entre o que se é, ou seja, o conhecimento que se tem e a vontade que nos capacita para agir e decidir sobre o que é importante na nossa vida.

Parece-nos clara uma alusão à ideia de que a espiritualidade estará associada à saúde, já que para Woods et al (1999) a crença é a ligação a um ser superior, a si próprio ou a outras pessoas. Esta promove um sentimento de esperança e facilita o fortalecimento, o relaxamento e uma forte sensação de bem-estar espiritual que favorece a recuperação na doença.

Para Dossey e Guzzetta (2000) a espiritualidade é uma força unificadora da pessoa, a essência do ser que permeia toda a vida e se manifesta no próprio ser, saber e fazer, ou seja, a conexão com o eu, os outros, a natureza, Deus/Vida/Força/Absoluto/Transcendente.

A espiritualidade é *“uma propensão humana na busca de significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio e que pode ou não incluir uma participação religiosa”* (Saad et al, 2001; Volcan, 2003, p. 75). Na realidade, para estes autores, a espiritualidade leva a mobilizar um grande potencial energético e iniciativas extremamente positivas

Para Wright (2005), a espiritualidade é tudo aquilo que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação aos outros, consigo mesmo e com o universo.

Reportando-nos para a Enfermagem, o ICN (Internacional Council Nursing) criou a CIPE que é uma linguagem científica e unificada, comum à profissão de Enfermagem (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A própria CIPE identifica os seguintes focos:

**Bem-Estar Espiritual** é *“um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em contacto com o princípio de vida, que atravessa todo o seu ser e que integra e transcende a natureza biológica e psicossocial”*. (CIPE 1.0, 2006, p.95)

**Angústia Espiritual** é *“uma angústia com as seguintes características específicas: rotura com que a pessoa acredita acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade.”* (CIPE 1.0, 2006, p.86)

O Homem como um ser cultural e social desenvolve as relações que lhe permitem o seu próprio equilíbrio. Como ser humano que é, a dimensão espiritual e religiosa, envol-

---

envolve a capacidade de acreditar e de se encontrar com Deus ou com algo em que acredita. Esta perspectiva da espiritualidade é um direito de cada um, que deverá ser sempre respeitada e promovida, num acompanhamento integral da pessoa.

Remetendo-nos para o Cuidar, podemos referir que a dimensão holística dos cuidados deve necessariamente contemplar a opção espiritual e religiosa do doente. A assistência espiritual e religiosa não é somente um direito das religiões, mas um direito do doente e um dever do Estado e das igrejas e dos profissionais de saúde que cuidam da pessoa.

A espiritualidade não é apenas uma questão religiosa, pode ser considerada uma terapia, porque pacifica a pessoa e a leva a colaborar no seu tratamento.

Hoje em dia, este tema da espiritualidade em saúde está a ser muito explorado por investigadores, até mesmo em Portugal. Várias teses de doutoramento sobre a dimensão terapêutica da espiritualidade já estão publicadas

A espiritualidade envolve três dimensões: a dimensão cultural do ser humano; a dimensão relacional, as pessoas relacionam-se umas com as outras, e a dimensão da transcendência. Todo o ser humano pretende transcender-se, ou seja, quando ele pretende ultrapassar os seus limites, pode tentar encontrar-se com alguém que o ajude a ultrapassá-los e isso independentemente de lhe chamar Deus como cristianismo e judaísmo ou como Alá no islamismo. Portanto, a dimensão da espiritualidade é segundo a opção de cada um, muito importante para o tratamento e para a cura.

Em Portugal esta visão da espiritualidade e da assistência espiritual e religiosa, está já consagrada no Decreto-Lei 253/2009 de 23 de Setembro.

É importante e urgente o Cuidar integral do doente, e sempre com uma visão holística integrando nesses cuidados a dimensão espiritual e religiosa, já que, humanizar, evangelizar e celebrar a fé, nos cuidados são formas de assistência integral.



---

## 2. O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NA DIMENSÃO DE CUIDAR

Numa sociedade pluralista secularizada, deve existir uma preocupação permanente, relativamente à assistência aos doentes de qualquer área da saúde, cujo objetivo principal deve incidir em, proporcionar bem-estar integral, e forçosamente, abranger para além dos cuidados médicos tecnicamente prescritos, os valores espirituais e os valores religiosos, de acordo com as crenças de cada um, o seu contexto e a sua cultura, num modelo de relação de ajuda eficaz. A assistência espiritual e religiosa constitui, de facto, um complemento indispensável e necessário, nos cuidados de saúde, devendo ser desenvolvida no estrito respeito pela pessoa.

A tecnologia, mesmo que desenvolva o aspeto humanizante, privilegia valores técnicos que são virtualmente opostos a uma conceção global da pessoa humana. Os valores materiais por vezes abafam e sobrepõem-se aos valores espirituais.

O reconhecimento da dignidade do homem pressupõe a consideração de uma escala de valores a conhecer, a aprender numa outra dimensão, a dos valores não quantificáveis, ou seja, os valores do espírito.

Todos nós independentemente das nossas crenças, convicções, rituais, somos seres espirituais. É de esperar que os Enfermeiros estejam mais predispostos a aceitar esta dimensão nos seus cuidados, assim como as experiências vivenciadas os enriqueçam na sua espiritualidade e que estes valorizem o que o doente e família acreditam, e que devam atender também, a necessidade espiritual dos familiares do doente, tentando ajudar a comunicação entre ambos.

Várias questões nos assolam:

*“Como ajudar um doente que está em ventilação assistida a lutar pela sua autonomia ventilatória, se este não encontra um sentido para a sua vida?”*

*“Como ajudar um familiar/cuidador de um doente em disfunção multiorgânica a enfrentar o seu sofrimento, cada vez mais crescente?”*

*Todos os enfermeiros deveriam intervir nesta dimensão, pois as intervenções terapêuticas a desenvolver não podem ser baseadas na subjetividade, nem apenas, ser fru-*

---

to do momento, devem sim, ser como todas as outras intervenções de enfermagem, científicas.

É óbvio que nem todos os doentes terão a sua dimensão espiritual afetada mesmo necessitando de cuidados de enfermagem. Mas é indispensável, que quem deles necessite, os tenha, a todos os níveis, já que intervir nesta dimensão implica contribuir para a sua saúde em geral, como é reconhecido inclusive, pela Organização Mundial da Saúde, que definiu *“a saúde não como “ausência de doenças”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”*

Está demonstrado, quer empiricamente, quer na evidência científica, o benefício em considerar a pessoa na realidade existencial, facilitando a abertura aos valores transcendentais da vida, e que até a própria doença pode ajudar a descobrir e a vivenciar. A dimensão espiritual/religiosa é um poderoso auxiliar na tentativa de resolução de situações patológicas como: conflitos conjugais, problemas de pessoas com dependências (álcool ou droga), com depressões e ansiedade, e outras.

A espiritualidade é assim entendida como a crença num destino humano que transcende a vida terrena e que em consequência se prolonga para além desta. Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) despertou para o interesse em aprofundar a investigação nesta área, com a inclusão de um aspeto espiritual, como já foi citado anteriormente, no conceito multidimensional de saúde.

Sabemos que a espiritualidade é uma questão muito ampla e que a sua mensuração é bastante complexa, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar da pessoa em relação à sua crença, um de seus aspetos mais fácil de avaliar.

Segundo Almeida o desenvolvimento de instrumentos de medida do bem-estar espiritual foi baseado no conceito de espiritualidade que envolve a componente vertical, religiosa (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e uma componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida), sendo que este último não implica qualquer referência a conteúdo meramente religioso.

Deveria ser prática a utilização de instrumentos de validação como por exemplo a Escala de Bem-estar Espiritual (EPE) com o objectivo de se aferir a sua aplicabilidade no contexto desta unidade nesta dimensão, e quantificar os ganhos do doente, a nível desta vertente.

---

A espiritualidade é um apoio da existência e constitui um momento terapêutico de grande valor em muitas manifestações da patologia humana. Pode surgir em momentos de grande sofrimento, ou até mesmo em momentos de alegria. A Fé é uma expressão da espiritualidade e constatamos na prática diária, que se torna o único antídoto seguro, por exemplo, em quadros depressivos, com risco de suicídio, no luto, nos conflitos sociais.

Há que aprender a utilizar a espiritualidade como terapêutica, como um meio disponível, capaz de desenvolver na pessoa sentimentos mais-valia, de auto-imagem, e de auto-estima positiva.

A promoção de cuidados de qualidade e de um sentido para a vida são objetivos a atingir na nossa prática diária de cuidados de enfermagem. O apelo à espiritualidade em situações relacionadas com ideias e comportamentos emergentes de quadros patológicos pode ser uma ferramenta terapêutica, na ajuda à pessoa. Também o uso da espiritualidade dos próprios profissionais é um instrumento integrador de uma melhor e mais favorável compreensão da ilógica dessas ideias e comportamentos patológicos.



---

### **3. REGULAMENTO INTERNO - CHVNGAIA / ESPINHO**

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho a partir do Decreto Lei n.º 253/2009, de 23 de Setembro, elaborou o seguinte Regulamento Interno para a Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) a nível Hospitalar.

Em conformidade com esta legislação que estabelece a regulamentação da assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretizando o disposto no artigo 18.º da Concordata de 18 de Maio de 2004, celebrada entre a Santa Sé e a República Portuguesa, e, quanto às demais confissões religiosas, o artigo 13.º da Lei da Liberdade Religiosa (Lei n.º 16/2001, de 22 de Junho) estabelece-se o presente regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa. (Ver anexo I)

Apesar de este Regulamento estar homologado na instituição, existe ainda grande desconhecimento do mesmo, pelo que foi considerado pertinente a apresentação do mesmo, através de uma ação de formação com posterior elaboração de uma norma direcionada para a UCIP, no sentido de uniformizar conhecimentos e proporcionar uma atuação comum, quando um doente ou familiar/cuidador solicitar a assistência espiritual e religiosa. (Ver anexo II)



---

## CONCLUSÃO

O tema da Espiritualidade e Saúde numa vertente holística humana, é uma dimensão muito importante e fundamental, pois sem ela não poderemos falar de uma assistência global e integral da pessoa que está em sofrimento assim como os seus familiares/cuidadores.

Cada vez mais denota-se um investimento baseado na prática de evidência, em que há necessidade de adquirir treino de competências nesta dimensão, já por si, uma dimensão complexa. Surgem então estudos que revelam a importância de investir em técnicas, instrumentos e metodologias, que vão ao encontro das necessidades globais da pessoa, com o objetivo de atingir o maior bem-estar possível do doente e seus familiares/cuidadores. Referem ainda que a espiritualidade revela-se importante em pessoas com doença, uma vez que a vivência de uma doença pode provocar uma mudança espiritual, que vai fazer com que o indivíduo fique mais introspetivo e contemplativo.

Contudo nem todos os enfermeiros vivem a sua espiritualidade e por isso nem todos estão “destinados” para esta tarefa, o que vai dificultar a intervenção nesta dimensão.

Os cuidados de saúde implicam um Cuidar global, daí que é muito importante a interação/dinâmica entre a equipa que cuida e o coordenador do SAER, dando cumprimento ao regulamento homologado. Será um procedimento a implementar gradualmente, fomentando a parceria de cuidados, cujo objetivo será o de preparar os doentes e facilitar o processo relacionado com a experiência de doença.



---

## **BIBLIOGRAFIA**

- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2006) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ ICNP**. Versão I, Lisboa.
- BOLANDER, V.B. (1999). **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica** Lisboa: Lusodidacta.
- DOSSEY, B.; Guzzetta, C. (2005) - **Holistic nursing practice** in DOSSEY, B.; GUZZETTA, C. (2005)- Pocket guide for Holistic Nursing . Sudbury, MA, Jones e Bartlett Publishers, 4ªed. 3-12p.
- Grupo de Trabalho Regiões Saúde – **Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar**.
- KOENIG H., M. McCullough, & Larson D. (2001) “**Manual de religião e saúde**”. Oxford: Oxford University Press.
- KOENIG, H. (2003) - **Meeting the Spiritual Needs of Patients**. Press Ganey, **The Satisfaction Monitor**, July/August. 1-3p.(disponível [www.pressganey.com](http://www.pressganey.com) )
- MOREIRA-Almeida A, Pinsky I, Zaleski MJB, Laranjeira R. (2009) - **Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica.
- NARAYANAAMY, a. (1999). **ASSET: A model for auctioning spirituality and spiritual care education and training in nursing**. Nurse Education Today, 19,274-285.

- 
- Portugal, Diário da República, Ministério da Saúde - **Decreto Lei nº 253/2009 de 23 de Setembro**
  - REGO, A. C. L. C. (2007), **Tradução e validação linguística e cultural da Spiritual Assessment Scale, um instrumento da avaliação espiritual.** Tese de Mestrado em Enfermagem Avançada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
  - SAAD, Marcelo et all (2001) – **Espiritualidade baseada em evidencias** – acta fisiatrica 8(3): 107-112.
  - VALCAN, Sandra et all (2003) – **Relação entre Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal**, Revista de Saúde Pública vol. 37 nº 4 Sal Paulo, ISSN 0034-8910
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra.
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998), **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB), report on WHO Consultation**, Geneva, WHO/MSA/MHP/98.2,
  - WRIGHT, Lorraine - (2005) - **Espiritualidade, sofrimento e doença**. Coimbra, Ariadne editora.
  - NARAYANAAMY, a. (1999). **ASSET: A model for auctioning spirituality and spiritual care education and training in nursing**. Nurse Education Today, 19,274-285.

---

## **ANEXOS**

21

155



---

## **ANEXO A**

Regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho



---

## **Regulamento de Assistência Espiritual e Religiosa do CHVNG/E**

### **Capítulo I**

#### **Disposições gerais**

#### **Artigo 1.º**

##### **Âmbito**

1. O presente Regulamento aplica-se ao Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho (CHVNG/E).
2. Entende-se que o âmbito da prestação de cuidados espirituais e religiosos é a unidade de saúde no seu todo, isto é, os utentes e familiares, bem como os profissionais e voluntários.

#### **Artigo 2.º**

##### **Missão**

A assistência espiritual e religiosa a desenvolver pelo SAER é necessária à integridade e qualidade dos cuidados de saúde, em ordem a garantir o respeito pela liberdade de consciência, de religião e de culto, particularmente dos utentes, sem qualquer discriminação. Para isso, o SAER, obedecendo ao referido Decreto-Lei e em conformidade com as linhas de orientação da Rede Europeia das Capelarias Hospitalares (European Network of Health Care Chaplaincy, Standards, Finlândia 2002), assume como missão:

- a) proclamar e defender o valor infinito e a dignidade de cada pessoa;
- b) garantir apoio espiritual aos utentes através de uma escuta empática, de acompanhamento espiritual e/ou religioso personalizado;
- c) dar apoio humano e espiritual, quando solicitado, aos familiares dos utentes, aos profissionais e aos voluntários;
- d) programar e promover a celebração do culto;
- e) promover e organizar reuniões, palestras, ou outras ações culturais que conduzam a uma espiritualidade saudável e promotora da saúde, nomeadamente a reflexão sobre a espiritualidade do sofrimento e da doença, da morte e da vida;

- 
- f) colaborar no debate ético e participar nas comissões ou grupos de trabalho quando convidado (comissão de ética, humanização, qualidade ou outras);
  - g) promover o respeito pelos diferentes credos, culturas e tradições, bem como sensibilizar para a necessidade de estratégias para proteger os doentes da imposição de cuidados espirituais não desejados ou de proselitismo;
  - h) criar canais de comunicação e colaboração entre o SAER e as diversas comunidades religiosas a fim de promover a prestação de cuidados espirituais e religiosos aos seus doentes, bem como o respeito pelas suas tradições;
  - i) receber os pedidos de assistência espiritual dos utentes de diferentes credos, canalizando-os para as respetivas comunidades religiosas de forma atempada;
  - j) promover e participar em projetos de pesquisa pastoral;
  - k) promover ações de formação para os membros do SAER e voluntariado;
  - l) colaborar com a estrutura de formação permanente do CHVNG/E;
  - m) promover o voluntariado pastoral, devendo ser criado um regulamento específico para o efeito;
  - n) colaborar com o voluntariado social.

### **Artigo 3.º**

#### **Direitos dos Utentes**

Ao utente, independentemente da sua confissão, é reconhecido o direito a:

- a) aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;
- b) ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;
- c) rejeitar a assistência não solicitada;
- d) ser assistido em tempo razoável;
- e) ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;
- f) praticar atos de culto espiritual e religioso;

- 
- g) participar em reuniões privadas com o assistente;
  - h) manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objetos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
  - i) ver respeitadas as suas convicções religiosas;
  - j) optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

## **Capítulo II**

### **Da estrutura**

#### **Artigo 4.º**

##### **Composição**

1. O SAER é constituído pelo conjunto dos Assistentes Espirituais e Religiosos devidamente acreditados junto do CHVNG/E.

2. Fazem também parte do SAER os voluntários que prestam apoio pastoral, devendo o serviço prover à sua seleção, formação, integração e supervisão.

#### **Artigo 5.º**

##### **Coordenação**

O SAER é coordenado por um dos seus elementos, vinculado à unidade, a designar pelo Conselho de Administração (CA), considerando o princípio da representatividade.

#### **Artigo 6.º**

##### **Competências do coordenador**

Compete ao coordenador:

- a) zelar pelo bom funcionamento do SAER e suas necessidades;
- b) reunir regularmente a equipa do SAER;
- c) elaborar os horários de funcionamento do serviço, atendimento e culto;
- d) estabelecer horários de rotatividade de assistência noturna, feriados e outros

---

dias equiparados;

- e) distribuir o trabalho pelos membros da equipa, quando necessário;
- f) velar pela dignidade e boa conservação dos espaços e alfaias de culto;
- g) zelar para que os pedidos de assistência espiritual e religiosa sejam atempadamente atendidos;
- h) zelar para que os pedidos de assistência espiritual e religiosa de outras confissões religiosas sejam comunicados às respetivas comunidades em tempo útil;
- i) zelar pelo bom funcionamento dos circuitos de comunicação;
- j) cuidar da publicitação dos horários e informações do SAER;
- k) velar pela elaboração de registo dos pedidos de assistência espiritual e religiosa;
- l) promover a formação dos membros da equipa;
- m) elaborar o relatório da atividade do SAER, bem como o projeto anual do serviço em colaboração com a equipa.

### **Artigo 7.º**

#### **Direitos dos Assistentes**

Os Assistentes têm direito:

- a) ao acesso livre aos utentes que solicitem ou para os quais seja solicitada assistência;
- b) a obter as informações necessárias ao correto desempenho das suas funções, desde que não confidenciais;
- c) a participar em ações de formação; ao respeito pelos símbolos religiosos, alfaias do culto, textos sagrados e demais objetos próprios da assistência;
- d) ao uso de hábito religioso ou de outras vestes com sinais espirituais ou religiosos identificativos;
- e) a serem remunerados, nos casos previstos pela Lei.

---

## **Artigo 8.º**

### **Deveres dos Assistentes**

Os assistentes devem, no âmbito da sua atividade:

- a) prestar atenção e cuidados adequados ao utente que solicite assistência;
- b) guardar sigilo dos factos de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade;
- c) proporcionar atos coletivos de culto, quando o número de utentes o justifique;
- d) limitar o seu contacto aos utentes que tenham solicitado ou consentido na assistência, de forma a não perturbar os demais;
- e) respeitar a liberdade de consciência, de religião e de culto dos utentes, profissionais de saúde, demais funcionários e voluntários da unidade;
- f) articular a assistência com os profissionais de saúde que assistam os utentes;
- g) respeitar as determinações clínicas;
- h) respeitar a não confessionalidade do Estado;
- i) respeitar as orientações da administração da unidade;
- j) promover a melhoria da prestação da assistência.

## **Capítulo III**

### **Funcionamento do SAER**

## **Artigo 9.º**

### **Funcionamento**

1. A assistência é prestada sempre que o utente, ou quem o represente, a solicite, ou por iniciativa do Assistente;
2. O SAER estende o seu funcionamento a todas as Unidades do CHVNG/E;
3. A coordenação e o atendimento situam-se no Gabinete do SAER, junto da Capela da Unidade I;

- 
4. Para o culto existem três Capelas situadas em cada uma das Unidades;
  5. O atendimento realiza-se segundo o horário afixado em local visível e publicado na intranet e em folhetos de divulgação distribuídos aos utentes;
  6. Fora do horário normal de atendimento, nomeadamente durante a noite e nos feriados, a assistência espiritual e religiosa aos utentes realiza-se após contacto com o Coordenador através da extensão telefónica do SAER;
  7. Quando for chamado um agente de assistência espiritual exterior ao SAER, esse agente deve ser guiado até junto do utente que o solicitou, ou outro local conveniente.

## **Artigo 10.º**

### **Horários de funcionamento**

- I. Os assistentes atendem:
  - a) de 2.ª a 6.ª feira das 08:30h às 18:30h;
  - b) sempre que solicitado.
  
- I. O local do atendimento é todo o espaço físico da unidade de saúde.
2. O Culto (Eucaristia) é celebrado normalmente:
  - a) à 3.ª-feira, pelas 12:00h, na Unidade II;
  - b) na primeira 3.ª-feira do mês, pelas 15:30h, na Unidade de Espinho;
  - c) à 4.ª-feira, pelas 12:00h, na Unidade I;
  - d) ao domingo, pelas 18:00h, na Unidade I;
  - e) sempre que solicitado, após acerto de data e horário com o responsável do SAER e eventual publicação em Boletim Informativo.
  
- a) Os horários de funcionamento e de Culto podem ser ajustados em tempo de férias devendo essas alterações ser expostas publicamente.

---

## **Artigo 11.º**

### **Identificação dos Assistentes**

1. Os Assistentes vinculados à Unidade devem apresentar-se devidamente identificados, através de um cartão, fornecido pela mesma, onde conste a igreja ou comunidade religiosa a que pertencem.
2. Os Assistentes não vinculados devem apresentar aos serviços de controlo da unidade documento de identificação legal, que ateste a sua condição de ministros de culto:
  - a) se parecer necessário, os serviços de controle consultam o SAER, para conceder aos referidos Assistentes um cartão válido para uma visita, que lhes permita aceder ao(s) utente(s) que pretendem assistir;
  - b) a receção do cartão da unidade supõe a entrega de um documento de identificação pessoal a devolver após a visita.
1. Em caso de emergência, nada pode obstar ao acesso imediato do Assistente ao utente, ainda que não apresente qualquer documento que ateste a sua condição de ministro de culto.

## **Capítulo IV**

### **Disposições finais**

## **Artigo 12.º**

### **Dúvidas e omissões**

As dúvidas de interpretação e casos omissos que eventualmente se suscitem com a aplicação deste regulamento serão supridas, caso a caso, pelo recurso ao Regulamento Interno do CHVNG, às disposições legais e, na sua impossibilidade, por deliberação do Conselho de Administração.

## **Artigo 13.º**

### **Entrada em vigor**

O presente regulamento entra em vigor com a sua publicação em Boletim Informativo, após aprovação do Conselho de Administração.

---

## **Artigo 14.º**

### **Disponibilização**

O presente regulamento deve ser disponibilizado aos utentes, integralmente ou de outra forma conveniente.

## **Artigo 15.º**

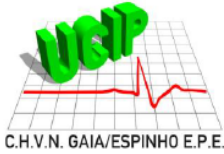
### **Revogações**

Com a entrada em vigor do presente regulamento ficam revogadas todas as orientações ou diretivas existentes até então.

---

**Anexo B**  
**Norma – Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa**  
**UCIP – CHVNG/ EPE**



	<h1>NORMA</h1>	Código
		Edição Nº Data:
		Revisão Nº Data:

## Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

### I – INTRODUÇÃO

Esta norma aplica-se aos utentes e familiares/cuidadores do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes, sempre que solicitem o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.

#### I.1 - OBJECTIVOS

- Cumprir a regulamentação da assistência espiritual e religiosa do SAER do Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, neste serviço.
- Garantir o respeito pela liberdade de consciência, de religião e de culto, particularmente dos utentes, sem qualquer discriminação.
- Uniformizar conhecimentos.

#### I.2 – DESTINATÁRIOS

Utentes e familiares/cuidadores do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalentes.

#### I.3 – DEFINIÇÃO


**Religiosidade** - emana de um sistema de crenças a que o indivíduo adere, com uma estrutura e hierarquia de valores,


**Espiritualidade** - experiência pessoal na sua relação consigo própria, com o mundo, com os outros e com a natureza, influenciada pelos diversificados contextos da sociedade em que se insere.

**Valores espirituais** - estão ligados à interioridade da pessoa e é nessa interioridade que se encontra o acolhimento, e o culto a que chamamos justo, belo e bom.

**Valores religiosos** - atingem o ser humano na sua relação com um ser superior, com Deus como um supremo valor, sendo o homem, aqui, chamado a transcender-se.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			1

	<h1>NORMA</h1>	Código  Edição Nº Data:  Revisão Nº Data:	
<b>Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa</b>			
<p><b>2 - FUNDAMENTAÇÃO:</b></p> <p>O Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa obedece ao Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de Setembro e em conformidade com as linhas de orientação da Rede Europeia das Capelarias Hospitalares (European Network of Health Care Chaplaincy, Standards, Finlândia 2002), assume como missão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) proclamar e defender o valor infinito e a dignidade de cada pessoa;</li> <li>b) garantir apoio espiritual aos utentes através de uma escuta empática, de acompanhamento espiritual e/ou religioso personalizado;</li> <li>c) dar apoio humano e espiritual, quando solicitado, aos familiares dos utentes, aos profissionais e aos voluntários;</li> <li>d) promover o respeito pelos diferentes credos, culturas e tradições, bem como sensibilizar para a necessidade de estratégias para proteger os doentes da imposição de cuidados espirituais não desejados ou de proselitismo;</li> <li>e) criar canais de comunicação e colaboração entre o SAER e as diversas comunidades religiosas a fim de promover a prestação de cuidados espirituais e religiosos aos seus doentes, bem como o respeito pelas suas tradições;</li> <li>f) receber os pedidos de assistência espiritual dos utentes de diferentes credos, canalizando-os para as respetivas comunidades religiosas de forma atempada;</li> </ul> <p><b>Direitos dos Utes</b></p> <p>Ao utente, independentemente da sua confissão, é reconhecido o direito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;</li> <li>b) ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posterior</li> </ul>			
ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			2

	<h1>NORMA</h1>	Código
		Edição Nº Data:
		Revisão Nº Data:

## Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa


ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;

- c) rejeitar a assistência não solicitada;
- d) ser assistido em tempo razoável;
- e) ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;
- f) praticar atos de culto espiritual e religioso;
- g) participar em reuniões privadas com o assistente;
- h) manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objetos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
- i) ver respeitadas as suas convicções religiosas;
- j) optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

### Direitos dos Assistentes

- a) ao acesso livre aos utentes que solicitem ou para os quais seja solicitada assistência;
- b) a obter as informações necessárias ao correto desempenho das suas funções, desde que não confidenciais;
- c) ao uso de hábito religioso ou de outras vestes com sinais espirituais ou religiosos

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			3

 <p>C.H.V.N. GAIA/ESPINHO E.P.E.</p>	<h1>NORMA</h1>	Código	
		Edição Nº	Data:
		Revisão Nº	Data:

## Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

identificativos;

### Deveres dos Assistentes


- a) prestar atenção e cuidados adequados ao utente que solicite assistência;
- b) guardar sigilo dos factos de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade;
- c) proporcionar atos coletivos de culto, quando o número de utentes o justifique;
- d) limitar o seu contacto aos utentes que tenham solicitado ou consentido na assistência, de forma a não perturbar os demais;
- e) respeitar a liberdade de consciência, de religião e de culto dos utentes, profissionais de saúde, demais funcionários e voluntários da unidade;
- f) articular a assistência com os profissionais de saúde que assistam os utentes;
- g) respeitar as determinações clínicas;
- h) respeitar a não confessionalidade do Estado;
- i) respeitar as orientações da administração da unidade;
- j) promover a melhoria da prestação da assistência.


### 3 - PROCEDIMENTOS:

Na primeira visita do familiar/cuidador ao doente, interrogar sobre a confissão religiosa do doente, caso este a tenha.

- Dar a conhecer a possibilidade de, quer o doente quer a família, poderem ser acompanhados por um assistente espiritual ao longo do internamento.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			4

	<h1>NORMA</h1>	<p>Código</p> <hr/> <p>Edição Nº Data:</p> <hr/> <p>Revisão Nº Data:</p>	
<h2>Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa</h2>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o familiar o solicitar, ligar para o SAER extensão 13533 ou telemóvel 961766259 (Padre Albino).</li> <li>• O assistente atende de 2ª a 6ª feira das 8:30 às 18:30 e sempre que solicitado.</li> <li>• A coordenação e o atendimento situa-se no Gabinete do SAER, junto da Capela da Unidade I</li> <li>• Falar com o Sr. Padre Albino e informar do desejo da família e da confissão religiosa.</li> <li>• Se for católico – Virá ao serviço o Sr. Padre Albino, a Irmã Maria Luísa da Silva Remuge, das Irmãs da Assunção ou um dos 9 voluntários que a SAER dispõe.</li> <li>• Se for de outra religião – virá um assistente espiritual da mesma, que foi contactado pelo Sr. Padre Albino, e acompanhado pelo mesmo ou algum membro da coordenação do SAER.</li> <li>• Há chegada do assistente espiritual ao serviço, solicitar a respetiva identificação legal, onde conste a igreja ou comunidade religiosa a que pertence.</li> <li>• Os Assistentes não vinculados, ou solicitados diretamente pela família, devem apresentar no serviço um documento de identificação legal, que ateste a sua condição de ministros de culto: se parecer necessário, consultar o SAER, para conceder aos referidos Assistentes um cartão válido para uma visita, que lhes permita aceder ao(s) doente(s) que pretendem assistir; a receção do cartão da unidade supõe a entrega de um documento de identificação pessoal a devolver após a visita.</li> <li>• Em caso de emergência, nada pode obstar ao acesso imediato do Assistente ao doente, ainda que não apresente qualquer documento que ateste a sua condição de ministro de culto.</li> </ul>			
ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA
			5

	<h1>NORMA</h1>		Código <hr/> Edição N° Data: _____ <hr/> Revisão N° Data: _____	
<b>Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se solicitado, facultar ao assistente espiritual as informações necessárias ao correto desempenho das suas funções, desde que não confidenciais.</li> <li>• Acompanhar o assistente até junto do doente.</li> <li>• Proporcionar a privacidade possível, dentro da unidade do doente, correndo as cortinas.</li> <li>• Se oportuno solicitar ao assistente o seu contacto e anexar ao processo para em caso de morte iminente, e se for desejo da família ou do doente poder ser logo contactado.</li> <li>• Se a família solicitar, informar a família que o Culto (Eucaristia) é celebrado normalmente à 4.ª-feira, pelas 12:00h e ao domingo, pelas 18:00h, na capela desta Unidade I;</li> <li>• Na passagem do turno informar a equipa de enfermagem do sucedido de modo a poder dar continuidade ao acompanhamento espiritual do doente e da família.</li> </ul> <p><b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b></p> <p>Regulamento Interno do serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.</p> <p>Decreto-Lei n.º 253/2009 de 23 de Setembro I.ª Série n.º 185.</p>				
ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA	
			6	

---

## **ANEXO C**

### **Particularidades das Práticas Religiosas**

41

175



# AS PRÁTICAS RELIGIOSAS, A ALIMENTAÇÃO E O NASCIMENTO EM ALGUMAS RELIGIÕES

## Adventistas do 7º Dia

### Práticas Religiosas

#### Escritos Sagrados

- ✓ A Bíblia: Antigo e Novo Testamento
- ✓ Obras de edificação espiritual
- ✓ Todo o género de literatura cristã apoiada na Bíblia

#### Práticas Religiosas

- ✓ Leitura e estudo da Bíblia
- ✓ Oração
- ✓ Respeito pelo sábado (que se inicia sexta-feira ao pôr-do-sol e termina no sábado ao pôr-do-sol)
- ✓ Unção com azeite
- ✓ Santa Ceia (com cerimónia de lava pés)

#### Festas

- ✓ Natal e Pascoa

### Nascimento

- ✓ Apresentação da criança na Igreja
- ✓ Batismo de adulto por imersão

### Alimentação

- ✓ Contactar o doente ou a família, para saber qual o regime alimentar preferido: vegetariano ou omnívoro
- ✓ Omnívoro: sem carne de porco
- ✓ Nos restantes produtos cárneos, os animais devem ter unha fendida e ruminar.
- ✓ No peixe, estes devem possuir escamas e barbatanas

- ✓ Nas aves são permitidas aves de capoeira (com exceção de pato ou ganso)

## **FÉ BAHÁ'Ì**

### **Práticas Religiosas**

#### **Escritos Sagrados**

- ✓ Escrito do Báb, de Bahá'u'lláh e de Abdu'lBahá

#### **Práticas Religiosas**

- ✓ Oração diária individual
- ✓ Comemoração dos nove dias sagrados bahá'is e suspensão de trabalhos nesses dias.
- ✓ Reuniões devocionais e de consulta todos os dias 19 dias, chamados “Festa de dezanove dias”, em cada localidade.

#### **Festas principais:**

##### **Ridván** (declaração de Bahá'u'lláh)

- ✓ 1º dia: 21 de Abril
- ✓ 9º dia: 29 de Abril
- ✓ 12º dia: 2 de Maio
- ✓ Naw Ruz (Ano novo Bahá'i 21 de Março)
- ✓ Ainda tem outros 5 dias comemorativos

### **Nascimento**

- ✓ Não há tiros de nascimento
- ✓ A criança é educada no respeito pelos princípios éticos e morais
- ✓ A criança é encorajada a estudar as grandes religiões.

### **Alimentação**

- ✓ É recomendada uma alimentação equilibrada para o corpo e para o espírito.
- ✓ Não há prescrições específicas, salvo a abstenção do consumo de estupefacientes,

álcool, drogas, (excepto em caso de prescrição médica).

- ✓ Período de Jejum: do nascer ao por do sol durante 19 dias, antes do ano Bahá'í. Estão dispensadas as crianças, as pessoas idosas, as mulheres grávidas ou que amamentam, os doentes e os viajantes.
- ✓ O jejum simboliza o desprendimento do mundo físico, é de natureza essencialmente espiritual e constitui um período de meditação e renovação interior.

## **Budismo**

### **Práticas Religiosas**

#### **Escritos Sagrados**

- ✓ Sutras: discursos de Buddha contidos nas escrituras existentes em páli, sânscrito, chinês e tibetano.

#### **Práticas quotidianas**

- ✓ Variam segundo as capacidades do/da participante
- ✓ Existem diferentes níveis de práticas que vão desde a simples oração até á formas de meditação avançadas. O Budismo refugia-se nas Três Jóias (Buda, Dharma e Sangha) pelo menos uma vez por dia, ou recitar ou não uma oração.

#### **Festas**

- ✓ As festas religiosas são muito numerosas variando com a tradição. A mais importante é a WESAK: o dia do nascimento, da iluminação e da morte de Budhha Shakyamouni.
- ✓ Em geral certos dias do calendário lunar, como os da lua cheia e lua nova, consideram-se mais importantes para as práticas.

### **Nascimento**

- ✓ Após o parto, algumas famílias apresentam a criança a um monge para receber a bênção.
- ✓ É importante precisar a hora, o minuto e o segundo do nascimento da criança (para posterior preparação do seu horoscopo

## **Alimentação**

- ✓ Regime vegetariano recomendado mas não obrigatório. Alguns budistas são porem estritamente vegetarianos.
- ✓ Prescrição específica: os monges não comem depois das 12h.

## **Igreja Católica**

### **Práticas Religiosas**

#### **Escritos Sagrados**

- ✓ A Bíblia: Antigo e Novo Testamento

#### **Práticas Religiosas**

- ✓ Missa do domingo e das festividades
- ✓ Sacramento da reconciliação.

#### **Festas**

- ✓ Natal, Páscoa, Ascensão, Pentecostes, Corpo de Deus, Assunção, Todos os Santos, Imaculada Conceição

#### **Tempos litúrgicos**

- ✓ Advento (4 semanas anteriores ao Natal); Tempo de Natal (até ao Domingos após o 6 de Janeiro); Quaresma (quarentas dias antes da Páscoa); Tempo Pascal (cinquenta dias após a Páscoa)

## **Nascimento**

- ✓ Batismo: em caso de urgência ministrado a pedido dos pais, a uma criança em perigo de vida. Este sacramento pode ser ministrado por um membro da equipa que presta cuidados.
- ✓ Para Batizar: verter água sobre a cabeça da criança chamando-a pelo nome e dizendo: "... eu te batizo em Nome do pai, do Filho e do Espírito Santo"

## **Alimentação**

- ✓ A quarta-feira de Cinzas e a Sexta-feira Santa são dias de jejum (abstenção de uma ou duas refeições) e de abstinência (abstenção de carne); a abstinência vigora em todas as sextas-feiras da Quaresma – entre a quarta-feira de cinzas (dia seguinte ao Carnaval) e a Páscoa; todas estas prescrições têm caráter facultativo para os doentes.

## **Hinduísmo**

### **Práticas Religiosas**

#### **Escrituras**

- ✓ Védas, Pouranas, Smritis, Mahabharatas, que contem o Bhagvad-Guitá, Vedanta e outros menos conhecidos.

#### **Práticas Religiosas**

- ✓ Orações mantras, ou na sua repetição, acompanhados de sons sagrados. Tudo isto pode ser acompanhado do acender da vela com ghee, e incenso. Oferendas de flores e frutas secas ou frutos secos ou mesmo alimentos e principalmente doces-

#### **Festas**

- ✓ As mais importantes no calendário Hindu são: Ganesha Chaturthi, Maha Shivratri, ou a grande noite de Shiva, Navaratri Janmastami, Ramanavmi, Dassera, e Festa das Luzes ou Dipawali.

### **Nascimento**

- ✓ É importante precisar a hora, o minuto e o segundo do nascimento da criança pois tudo na sua vida vai ser influenciado por este precioso momento.
- ✓ Ao nascer dizem que se deve adoçar a boca do recém-nascido por um membro inteligente e saudável da família para que o bebé seja também brilhante. É auspicioso que os avós ao verem pela primeira vez o neto ofereçam ouro: pulseira, fio, brincos (se for menina) ou ate mesmo uma lira.
- ✓ Aso seis dias do nascimento, faz-se a cerimónia do “batismo” ou de dar o nome

ao novo Rebento da Família.

### **Alimentação**

- ✓ A maior parte dos Hindus não come carne de vaca pois é considerado um animal sagrado. O resto é tendencialmente vegetariano. Convém perguntar aos doentes quais as suas preferências, pois nem todos os vegetarianos são Brâmanes.

## **PARTICULARIDADES DE ALGUMAS RELIGIÕES PERANTE O SOFRIMENTO E A MORTE**

### **Adventistas do 7º Dia**

#### **Sufrimento**

- ✓ Visitas dos doentes por membros leigos e ministros do culto.
- ✓ A pedido do paciente ou dos seus familiares, a Santa Ceia (com cerimónia de lava pés) é dada ao doente, desde que tenha condições físicas para participar.
- ✓ A pedido do paciente, é realizada a unção com azeite, em caso grave ou prolongado
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

#### **Morte**

- ✓ Prevenir o pastor da igreja a que o doente pertence.
- ✓ Se necessário colocar o pastor em contacto com os familiares do defunto.
- ✓ Autópsia e retirada de órgãos admitidos segundo a legislação do país.

### **FÉ BAHÁ'Ì**

#### **Sufrimento**

- ✓ É recomendado aos baháís recorrerem aos cuidados médicos em caso de doença.
- ✓ A oração e a meditação são recomendadas.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

#### **Morte**

- ✓ Avisar a Assembleia Espiritual local.
- ✓ Recitação de uma oração específica antes do funeral.
- ✓ Cremação não autorizada.
- ✓ O enterramento deve ter lugar a menos de uma hora de distância dos limites do local onde ocorrer a morte.

### **Budismo**

#### **Sufrimento**

- ✓ O budismo pode acreditar no poder de cura da oração de um monge concentrado sobre os órgãos doentes.

- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ O moribundo deve ser colocado em decúbito lateral direito e de preferência ser acompanhado por um monge ou budista credenciado antes e depois da morte.
- ✓ A pós a morte o corpo é deixado, sempre que possível, em repouso durante dois ou três dias sem ser tocado. Caso seja de todo impossível, o corpo deve ser tocado, em primeiro lugar no topo da cabeça.

## **Igreja Católica**

### **Sofrimento**

- ✓ A doença e o sofrimento não são castigo de Deus.
- ✓ A pedido do doente a comunhão é dada ao enfermo por um sacerdote ou alguém por ele mandado, pelo menos aos Domingos e nas Festas de Guarda; se o doente requer, todos os dias.
- ✓ A seu pedido, o doente pode receber a unção com óleo designada por Santa Unção ou Unção dos doentes, em caso de doença grave ou se for sujeito a uma cirurgia delicada; se estiver inconsciente ou desorientado, a santa unção pode ser pedida pela família; a Unção pode ser recebida mais que uma vez.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ Administração do Viático por um sacerdote – última comunhão eucarística sob as formas do pão e do vinho (ou só do vinho caso não possa engolir os alimentos)
- ✓ Um ministro ou um leigo mandatado para tal pode fazer a Encomendação dos Moribundos na iminência da morte; logo após a morte, pode fazer a Encomendação da alma.
- ✓ A autópsia é permitida segundo os procedimentos legais.
- ✓ A doação de órgãos é admitida e vista favoravelmente; o mesmo quanto à dádiva do cadáver.
- ✓ Juntar as mãos do defunto.

## Hinduísmo

### Sufrimento

- ✓ Amuletos e fórmulas sagradas são usados especialmente em caso de doença prolongada
- ✓ Os hindus admitem que a influência da lua cheia ou nova altera o seguimento ou início de tratamento importante, por exemplo: cirurgia.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### Morte

- ✓ Normalmente são incinerados.
- ✓ Há certos rituais, nesta fase terminal: água do Ganges, que é sagrada, é colocada na boca do defunto, acompanhado de recitação de mantras.
- ✓ Autópsia e retirada de órgãos admitidos segundo a legislação do país.

## Islão

### Sufrimento

- ✓ No Islão, a doença não é considerada como um castigo, mas como uma prova de fé. As fontes islâmicas incitam o doente a cuidar-se e encorajar os médicos na procura do remédio que possa vencer a doença. Na concepção islâmica, é Deus quem permite a cura, os médicos e os remédios são apenas meios.
- ✓ A visita dos doentes é obrigatória para a proximidade no relacionamento e bastante recomendada a todos os membros da comunidade.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida á exceção de glândulas genitais.

### Morte

- ✓ No termo da vida, a confissão de fé em árabe “há um só Deus Allah e Maomé é o seu mensageiro” deve ser formulada pelo Doente ou então por um dos seus entes próximos.
- ✓ Geralmente, são os familiares próximos que se encarregam do ritual de vestir. As mulheres lavam o corpo das mulheres e os homens dos homens.
- ✓ O corpo é sempre enterrado. O Islão não permite a cremação.
- ✓ É autorizada a autópsia por razões médico-legais ou clínicas. Neste ultimo caso, deve ser obtida a autorização da família.

## **Judaísmo**

### **Sofrimento**

- ✓ Na generalidade todos os atos terapêuticos são permitidos.
- ✓ São permitidas transfusões de sangue, sendo no entanto aconselhável consultar a família.
- ✓ No que respeita a transplantes de órgãos a família e a autoridade religiosa de ser consultada.
- ✓ Durante o Sábado, ou qualquer dos dias das Festividade Principais deverão ser apenas iniciados procedimentos urgentes ou vitais, sendo no entanto que tratamentos em curso deverão ser continuados.

### **Morte**

- ✓ Avisar a família mal se aperceba que a morte está iminente, para que caso seja do seu desejo possas proporcionar o acompanhamento na morte, seja por um familiar seja por um elemento da Comunidade ou pelo Rabino. Deve ser facilitado o acesso e alguma privacidade.
- ✓ Não retirar material de pensos que tape a ferida não cicatrizada.
- ✓ Autópsia: se não for obrigatória, autópsia médica legal, fala com a família ou com o representante da Comunidade Judaica a fim de obter instruções.

## **MORMONS**

### **Sofrimento**

- ✓ A pedido do doente a unção de óleo é dada por dois membros de igreja detentores do sacerdócio de Melquisedeque.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ Autópsia e retirada de órgãos permitida.

## **Igreja Ortodoxa**

### **Sofrimento**

- ✓ Antes de uma intervenção cirúrgica e no caso de doença grave e se o doente o solicitar, o sacerdotes virá rezar com ele e com a sua confissão, trará a sagrada comunhão e praticará eventualmente, a unção dos doentes. O Sacra-

mento da confissão é aconselhável.

- ✓ É normal o uso de um crucifixo em metal, quando vão para o bloco operatório pedem para levar um de madeira e um cordel.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ A Igreja não se opõe á autópsia.
- ✓ A incineração não é admitida, o corpo sendo considerado o templo do Espírito Santo, mas pode ser autorizada em alguns casos raros.
- ✓ Funeral 3 dias após o falecimento.

## **Protestantes Evangélicos**

### **Sofrimento**

- ✓ Quando pedida a santa ceia é levada ao doente.
- ✓ A pedido do doente ou familiares, pode ser feita a unção com óleo, em caso de doença grave, ou prolongada, desde que esteja em comunhão com a Igreja.
- ✓ Transfusão de sanguínea e transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ A Igreja não se opõe á autópsia.
- ✓ A assistência religiosa deve ser prevenida para que dê apoio á família.
- ✓ Se os familiares o desejarem podem ter um tempo de recolhimento e de oração junto do falecido.

## **Testemunhas de Jeová**

### **Sofrimento**

- ✓ Não são indicadas visitas de ministros de outras confissões religiosas.
- ✓ Nunca receber transfusões de sangue e seus compostos.
- ✓ Transplantes de órgãos admitida.

### **Morte**

- ✓ Cada um é livre de decidir segundo a sua consciência quanto á autopsia.
- ✓ Se a pessoa não tem familiares, avisar um responsável da comunidade: mas as visitas por ministros de outras religiões não são aconselháveis.



## **b) Plano de Sessão**





**Formadora:** Manuela Dorotea Rodrigues Mota

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Lúcia Rocha

**Tutora:** Enf<sup>a</sup> Helena Teixeira

**Enquadramento:**

- ✓ Realizada no âmbito do Estágio Módulo II: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica – Porto

**Destinatários:** Enfermeiros do serviço de Cuidados Intensivos polivalente CHVNGAIA/Espinho, EPE

**Objectivos da formação:**

Que os profissionais sejam capazes de:

- ✓ Conhecer o novo RAER
- ✓ Compreender a necessidade da sua implementação

**Data da formação:** 18 de Junho de 2012 pelas 15:30

**Duração da sessão:** 30 minutos

**Local da formação:** Biblioteca da UCIP

**Metodologia:** método expositivo e participativo

**Recursos materiais:** computador e TV

**Avaliação da sessão:** Questionário de satisfação com a sessão apresentada

<b><u>Fases</u></b>	<b><u>Conteúdos</u></b>	<b><u>Tempo</u></b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Apresentação do formador</li><li>✓ Apresentação da sessão</li></ul>	5 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Abordagem teórica sobre Espiritualidade e saúde</li><li>✓ Apresentação do novo RAER</li><li>✓ Referencia a algumas particularidades de cada religião</li></ul>	15 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Resumo da sessão</li><li>✓ Questões</li><li>✓ Avaliação da sessão</li></ul>	10 Minutos



## **c) Diapositivos de Apoio à Ação de Formação**



CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde




# Espiritualidade e Saúde

Manuela Dorotea Mota

CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde






## Objectivos

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre esta temática,
- ✓ Conhecer o novo RAER,
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância da implementação na globalidade dos cuidados;
- ✓ Proporcionar uma análise reflexiva sobre este tema.

Manuela Dorotea Mota

CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde






Segundo **Barbosa (2010)**  
*“A espiritualidade é uma perspectiva pessoal abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana”*

A enfermagem deve considerar o **cuidar** no seu todo, desde a dimensão, física, a psicológica, a social, a ecológica e a espiritual.  
**(Atender ao ser biopsicosocial e espiritual)**

Manuela Dorotea Mota

CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde






A espiritualidade está associada à saúde, já que para Woods et al (1999) a crença é a ligação a um ser superior, a si próprio ou a outras pessoas. Esta promove um sentimento de esperança e facilita o fortalecimento, o relaxamento e uma forte sensação de bem-estar espiritual que favorece a recuperação na doença.

Para Dossey e Guzzetta (2000) a espiritualidade é uma força unificadora da pessoa, a essência do ser que permeia toda a vida e se manifesta no próprio ser, saber e fazer, ou seja, a conexão com o eu, os outros, a natureza, Deus/Vida/Força/Absoluto/Transcendente.

Manuela Dorotea Mota

CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde






A espiritualidade é *“uma propensão humana na busca de significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio e que pode ou não incluir uma participação religiosa”* (Saad et al, 2001; Volcan, 2003).

Para Wright (2005), a espiritualidade é tudo aquilo que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação aos outros, consigo mesmo e com o universo.

Manuela Dorotea Mota

CATÓLICA  
INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Instituto de Ciências da Saúde

Na Enfermagem a própria CIPE identifica os seguintes focos:

**Bem-Estar Espiritual** é *“um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em contacto com o princípio de vida, que atravessa todo o seu ser e que integra e transcende a natureza biológica e psicossocial”*. (CIPE 1.0, 2006, p.95)

**Angústia Espiritual** é *“uma angústia com as seguintes características específicas: rotura com que a pessoa acredita acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudança nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade.”* (CIPE 1.0, 2006, p.86)

Manuela Dorotea Mota





No Cuidar, podemos referir que a dimensão holística dos cuidados deve necessariamente contemplar a opção espiritual e religiosa do doente.

Esta não é somente um direito das religiões, mas um direito do doente e um dever do Estado e das igrejas e dos profissionais de saúde que cuidam da pessoa.

São três as dimensões da espiritualidade:



Manuela Dorotea Mota

É importante e urgente o Cuidar integral do doente, com uma visão holística e integrar nesses cuidados a dimensão espiritual e religiosa, já que, **humanizar, evangelizar e celebrar a fé**, nos cuidados são formas de assistência integral.



Manuela Dorotea Mota

**O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NA DIMENSÃO DE CUIDAR...**

A assistência espiritual e religiosa constitui, de facto, um complemento indispensável e necessário, nos cuidados de saúde, devendo ser desenvolvida no estrito respeito pela **Pessoa**.



Manuela Dorotea Mota

➤ *“Como ajudar um doente que está em ventilação assistida a lutar pela sua autonomia ventilatória, se este não encontra um sentido para a sua vida?”*

➤ *“Como ajudar um familiar/cuidador de um doente em disfunção multiorgânica a enfrentar o seu sofrimento, cada vez mais crescente?”*



Manuela Dorotea Mota

Todos os Enfermeiros devem

- estar mais predispostos a aceitar esta dimensão nos seus cuidados, assim como as experiências vivenciadas os devem enriquecer na sua espiritualidade e que estes;
- valorizar o que o doente e família acreditam,
- atender também, a necessidade espiritual dos familiares do doente, tentando ajudar a comunicação entre ambos.

Manuela Dorotea Mota



Todos os Enfermeiros devem

- estar mais predispostos a aceitar esta dimensão nos seus cuidados, assim como as experiências vivenciadas os devem enriquecer na sua espiritualidade e que estes;
- valorizar o que o doente e família acreditam,
- atender também, a necessidade espiritual dos familiares do doente, tentando ajudar a comunicação entre ambos.

Manuela Dorotea Mota



**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A espiritualidade é um apoio da existência e constitui um momento terapêutico de grande valor em muitas manifestações da patologia humana. Pode surgir em momentos de grande sofrimento, ou até mesmo em momentos de alegria. A Fé é uma expressão da espiritualidade e constatamos na prática diária, que se torna o único antídoto seguro, por exemplo, em quadros depressivos, com risco de suicídio, no luto, nos conflitos sociais.

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE






**Missão**

A assistência espiritual e religiosa a desenvolver pelo SAER é necessária à integridade e qualidade dos cuidados de saúde, em ordem a garantir o respeito pela liberdade de consciência, de religião e de culto, particularmente dos utentes, sem qualquer discriminação.

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE






**Assume como missão:**

- garantir apoio espiritual aos utentes através de uma escuta empática, de acompanhamento espiritual e/ou religioso personalizado;
- dar apoio humano e espiritual, quando solicitado, aos familiares dos utentes, aos profissionais e aos voluntários;
- promover e organizar reuniões, palestras, ou outras ações culturais que conduzam a uma espiritualidade saudável e promotora da saúde, nomeadamente a reflexão sobre a espiritualidade do sofrimento e da doença, da morte e da vida;
- colaborar no debate ético;
- promover o respeito pelos diferentes credos, culturas e tradições, sensibilizar para a necessidade de estratégias para proteger os doentes da imposição de cuidados espirituais não desejados;

Manuela Dorotea Mota



**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

- criar canais de comunicação e colaboração entre o SAER e as diversas comunidades religiosas a fim de promover a prestação de cuidados espirituais e religiosos aos seus doentes, bem como o respeito pelas suas tradições;
- receber os pedidos de assistência espiritual dos utentes de diferentes credos, canalizando-os para as respetivas comunidades religiosas de forma atempada;
- promover e participar em projetos de pesquisa pastoral;
- promover ações de formação para os membros do SAER e voluntariado;
- colaborar com a estrutura de formação permanente do CHVNG/E;
- promover o voluntariado pastoral, devendo ser criado um regulamento específico para o efeito;
- colaborar com o voluntariado social.

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE






**Direitos dos Utentes**

- aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;
- ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;
- rejeitar a assistência não solicitada;
- ser assistido em tempo razoável;
- ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;
- praticar atos de culto espiritual e religioso;
- participar em reuniões privadas com o assistente;
- hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
- ver respeitadas as suas convicções religiosas;

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE





- optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.
- manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objetos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem
- participar em reuniões privadas com o assistente;
- manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objetos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
- ver respeitadas as suas convicções religiosas;
- optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

Manuela Dorotea Mota



**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde

### Coordenação



O SAER é coordenado por um dos seus elementos, vinculado à unidade, a designar pelo Conselho de Administração (CA), considerando o princípio da representatividade.

### Competências do coordenador

- zelar pelo bom funcionamento do SAER e suas necessidades;
- reunir regularmente a equipa do SAER;
- elaborar os horários de funcionamento do serviço, atendimento e culto;
- estabelecer horários de rotatividade de assistência noturna, feriados e outros dias equiparados;

Manuela Dorotea Mota



**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde

- distribuir o trabalho pelos membros da equipa, quando necessário;
- velar pela dignidade e boa conservação dos espaços e alfaias de culto;
- zelar para que os pedidos de assistência espiritual e religiosa sejam atempadamente atendidos;
- zelar para que os pedidos de assistência espiritual e religiosa de outras confissões religiosas sejam comunicados às respetivas comunidades em tempo útil;
- zelar pelo bom funcionamento dos circuitos de comunicação;
- cuidar da publicitação dos horários e informações do SAER;

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde






### Direitos dos Assistentes

- ao acesso livre aos utentes que solicitem ou para os quais seja solicitada assistência;
- a obter as informações necessárias ao correto desempenho das suas funções, desde que não confidenciais;
- a participar em ações de formação; ao respeito pelos símbolos religiosos, alfaias do culto, textos sagrados e demais objetos próprios da assistência;
- ao uso de hábito religioso ou de outras vestes com sinais espirituais ou religiosos identificativos;
- a serem remunerados, nos casos previstos pela Lei.

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde






### Deveres dos Assistentes

- prestar atenção ao utente que solicite assistência;
- guardar sigilo;
- proporcionar atos coletivos de culto, quando o número de utentes o justifique;
- limitar o seu contacto aos utentes que tenham solicitado ou consentido na assistência, de forma a não perturbar os demais;
- respeitar a liberdade de consciência, de religião e de culto dos utentes, profissionais de saúde, demais funcionários e voluntários da unidade;

Manuela Dorotea Mota



**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde

- articular a assistência com os profissionais de saúde que assistam os utentes;
- respeitar as determinações clínicas;
- respeitar a não confessionalidade do Estado;
- respeitar as orientações da administração da unidade;
- promover a melhoria da prestação da assistência.

Manuela Dorotea Mota

**CATÓLICA**  
 INSTITUTO CATÓLICO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Instituto de Ciências da Saúde

### Funcionamento

- A assistência é prestada sempre que o utente, ou quem o represente, a solicite, ou por iniciativa do Assistente;
- O SAER estende o seu funcionamento a todas as Unidades desta instituição Hospitalar;
- A coordenação e o atendimento situam-se no Gabinete do SAER, junto da Capela da Unidade I;
- Para o culto existem três Capelas situadas em cada uma das Unidades;
- O atendimento realiza-se segundo o horário afixado em local visível e publicado na intranet e em folhetos de divulgação distribuídos aos utentes;

Manuela Dorotea Mota





- Fora do horário normal de atendimento, nomeadamente durante a noite e nos feriados, a assistência espiritual e religiosa aos utentes realiza-se após contacto com o Coordenador através da extensão telefónica do SAER;
- Quando for chamado um agente de assistência espiritual exterior ao SAER, esse agente deve ser guiado até junto do utente que o solicitou, ou outro local conveniente.

Manuela Dorotea Mota



#### Horários de funcionamento

- de 2ª a 6ª feira das 08:30h às 18:30h e sempre que solicitado.
- O local do atendimento é todo o espaço físico da unidade de saúde.
- O Culto (Eucaristia) é celebrado normalmente:
  - à 4.ª-feira, pelas 12:00h, na Unidade I;
  - ao domingo, pelas 18:00h, na Unidade I;

Manuela Dorotea Mota



#### Identificação dos Assistentes

- Os vinculados à Unidade devem apresentar-se devidamente identificados, através de um cartão, fornecido pela mesma, onde conste a igreja ou comunidade religiosa a que pertencem.
- Os não vinculados devem apresentar aos serviços de controlo da unidade documento de identificação legal, que ateste a sua condição de ministros de culto;
- Se parecer necessário, os serviços de controle consultam o SAER, para conceder aos referidos Assistentes um cartão válido para uma visita, que lhes permita aceder ao(s) utente(s) que pretendem assistir;
- Em caso de emergência, nada pode obstar ao acesso imediato do Assistente ao utente, ainda que não apresente qualquer documento que ateste a sua condição de ministro de culto.

Manuela Dorotea Mota



#### Conclusão

Espiritualidade e Saúde, conceitos unidos, numa vertente holística humana, é uma dimensão muito importante e fundamental, pois sem ela não poderemos falar de uma assistência global e integral da pessoa que está em sofrimento assim como os seus familiares/cuidadores.

Os cuidados de saúde implicam um Cuidar global, daí que é muito importante a interação/dinâmica entre a equipa que cuida e o coordenador do SAER, dando cumprimento ao regulamento homologado.

Manuela Dorotea Mota



**d) Questionário da “Avaliação da Ação de  
Formação”**





## **Avaliação da Ação de Formação:**

### **“Espiritualidade e Saúde”**

1. Considera que a metodologia utilizada foi eficaz?  
 Nada eficaz    Pouco eficaz    Eficaz    Muito eficaz
  
2. O tempo atribuído para a apresentação foi suficiente?  
 Nada suficiente    Pouco suficiente    Suficiente    Muito suficiente
  
3. Considera o tema desta ação de formação pertinente?  
 Nada pertinente    Pouco pertinente    Pertinente    Muito pertinente
  
4. O conteúdo despertou interesse e motivação?  
 Nada    Pouco    Muito
  
5. Os conteúdos estiveram bem organizados e sistematizados?  
 Não    Sim, suficientemente    Sim, completamente    Sim, excedeu-as
  
6. A apresentação do tema foi de encontro aos objetivos expostos?  
 Nada    Pouco    Muito
  
7. A ação de formação foi de encontro às suas expectativas?  
 Não    Sim, suficientemente    Sim, completamente    Sim, excedeu-as
  
8. Apreciação global da sessão?  
 Insuficiente    Suficiente    Bom    Muito Bom

Grata pela vossa atenção e disponibilidade  
Manuela Dorotea Mota

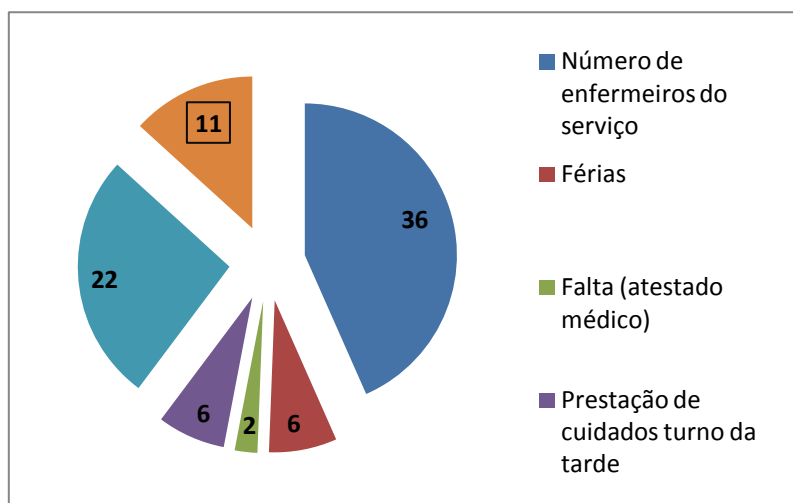


## **e) Tratamento de dados da “Avaliação da Ação de Formação”**



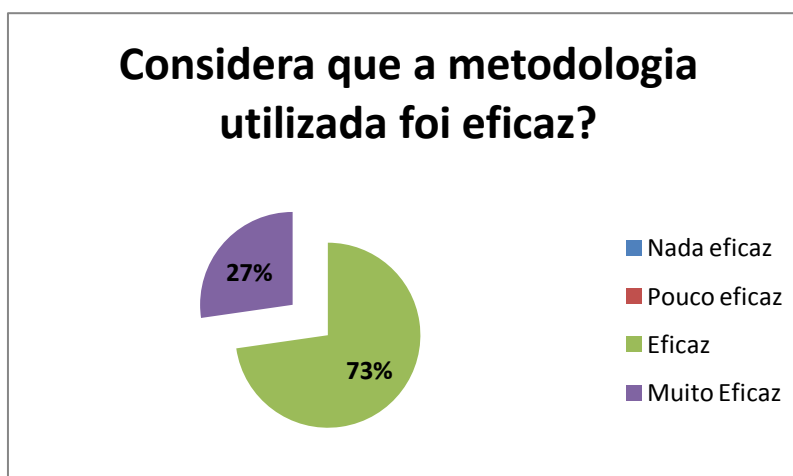
## AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “ESPIRITUALIDADE E SAÚDE”

### Estatística e Análise Geral da Formação



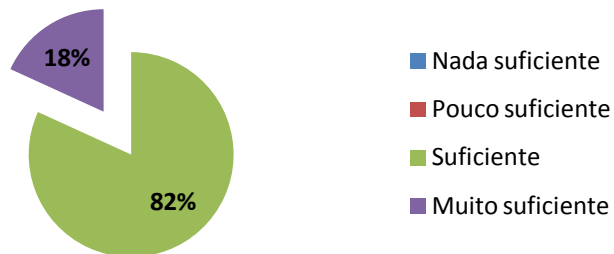
De uma população de 36 enfermeiros da UCIP, 6 enfermeiros encontravam-se de férias, 2 enfermeiros de atestado médico e 6 na prestação de cuidados no turno da tarde. Dos restantes 22 enfermeiros só 11 compareceram a esta formação.

Pode-se concluir, que os enfermeiros presentes (11) compreenderam a necessidade de uma atualização sobre o tema.



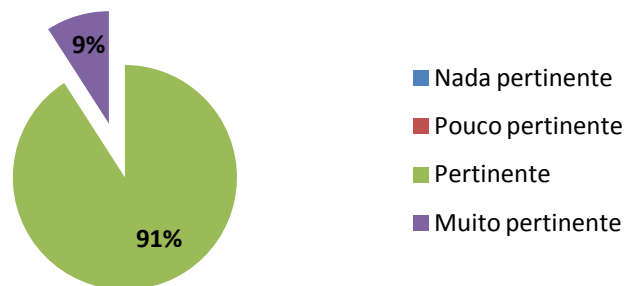
A metodologia utilizada foi considerada *Eficaz* para 73% dos enfermeiros presentes, enquanto apenas 27% dos enfermeiros a considerou *Muito Eficaz*.

### O tempo atribuído para formação foi suficiente?



Relativamente ao tempo atribuído para a formação, 82% dos enfermeiros considerou que foi *Suficiente*, enquanto 18% a considerou *Muito Suficiente*.

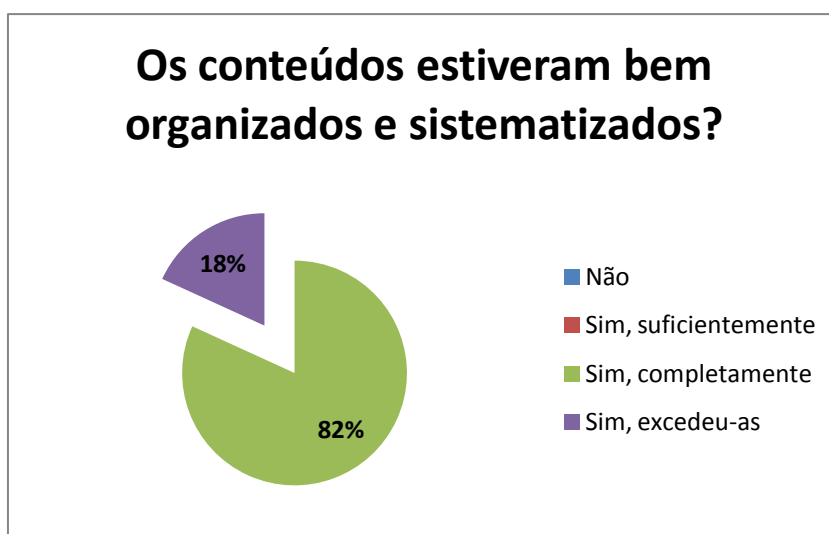
### Considera o tema desta acção de formação pertinente?



A formação foi considerada *Muito Pertinente* para 91% dos enfermeiros, enquanto apenas 9% dos enfermeiros a consideraram *Pertinente*.



O conteúdo da ação de formação despertou interesse e motivação já que todos os enfermeiros presentes foram unânimes na resposta.



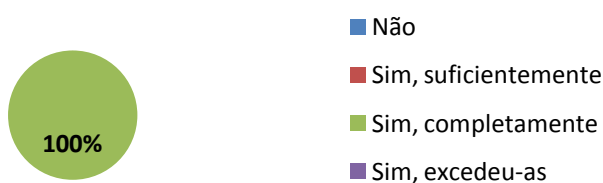
Quanto à organização e sistematização dos conteúdos programáticos 82% consideraram que os mesmos estiveram bem estruturados e organizados, enquanto 18% dos enfermeiros consideraram que essas características foram excedidas.

### A apresentação do tema foi de encontro aos objectivos expostos?



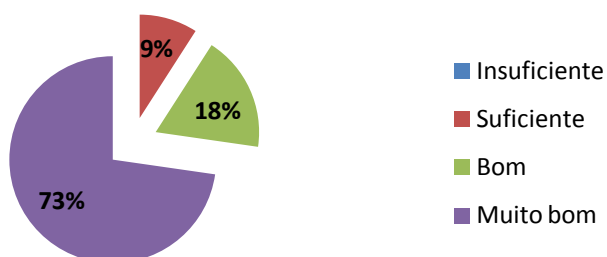
Todos os enfermeiros presentes referiram que a apresentação do tema foi de encontro aos objetivos preconizados.

### A acção de formação foi de encontro às suas expectativas?



Todos os enfermeiros presentes referiram que a ação de formação foi de encontro às suas expectativas.

### Apreciação global da sessão?



Globalmente a ação de formação foi considerada por 9% dos enfermeiros como *Suficiente*, enquanto 18% dos enfermeiros a consideraram *Bom* e 73% dos enfermeiros *Muito Boa*. Pode-se concluir que globalmente os enfermeiros apreciaram muito esta ação de formação.

## **ANEXO III**

### **ESTUDO DE CASO - SÍNDROME DE DRESSLER**





**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **Estudo de Caso**



**Aluna:** Manuela Dorotea Mota

**Sob orientação de:** Prof. Lúcia Rocha

**Porto, Novembro de 2012**



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMV – Citomegalovírus

CVP – Cateter

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

FC – Frequência Cardíaca

gr. – grama

HPH – Hospital Pedro Hispano

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IV – Intravenoso

mg. – Miligrama

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

PCIS - Post Cardiac Injury Syndrome - Dressler's Syndrome

PO – Per-ós

SATO<sub>2</sub> – Saturação de O<sub>2</sub>

SC – Subcutâneo

SCACEST - Síndrome Coronário Agudo com Estenose

Sra. – Senhora

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

USF – Unidade de Saúde Familiar



*“Viver é enfrentar um problema atrás do outro. O modo como você o encara é que faz a diferença”.*

**Benjamin Franklin**



## INDICE

	Pág
INTRODUÇÃO	7
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
I-1 DEFINIÇÃO	9
I-2 ETIOLOGIA	10
I-3 ASPECTOS CLÍNICOS	11
I-4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	11
I-5 TRATAMENTO	11
2 - CASO CLÍNICO	13
2-1 PROCESSO DE ENFERMAGEM	13
2-1-1 Avaliação de Enfermagem	14
2-2 PLANO DE CUIDADOS	17
2.2.1 Atitudes terapêuticas	23
CONCLUSÃO	27
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXO	31
Folha de Avaliação Inicial Informatizada utilizada no Serviço	



## INTRODUÇÃO

A realização deste Estudo de Caso insere-se no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica, em contexto de estágio que se realiza na UCIP do HPH, no período entre 01 de Outubro a 24 de Novembro de 2012.

Por solicitação da Sra Enf<sup>a</sup> Chefe e da tutora de estágio foi sugerido que abordasse a patologia – **Síndrome de Dressler**, em virtude de ser uma patologia pouco comum.

A realização de um estudo de caso era um dos objetivos delineados no meu projeto inicial de estágio. Daí que esta sugestão foi uma mais-valia no que respeita ao meu processo de aprendizagem e veio de encontro à necessidade de cumprir esse requisito.

ARAÚJO (2008, p.4) refere que “o estudo de caso trata-se uma abordagem (...) adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores”, de modo a se conhecer o “Como” e o “Porquê”

Para este trabalho definem-se os seguintes objetivos:

- Abordar e descrever a Síndrome de Dressler, enriquecendo conhecimentos sobre a doença, os sintomas e o tratamento.
- Desenvolver o processo de enfermagem através da análise de um caso clínico particular com a patologia da Síndrome de Dressler com recurso à CIPE.

O trabalho encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte corresponde a uma breve nota introdutória acerca do estudo de caso, a segunda parte aborda a revisão da literatura sobre a patologia, na terceira parte apresenta-se o estudo de caso da prática em contexto de estágio e à explanação do processo de enfermagem desenvolvido e terminamos com a quarta parte referente a uma breve conclusão.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho possui um cariz descritivo e crítico-reflexivo acerca da temática em questão, e paralelamente recorreu-se à pesquisa bibliográfica, à entrevista com o doente, à consulta do processo clínico, e à esposa como fontes de informação.

O doente do estudo de caso será identificado por C. A. R. S. respeitando-se o seu direito à confidencialidade e à reserva da sua vida privada, dando deste modo conformidade aos deveres da deontologia profissional.

## I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A realização de um estudo de caso implica um aprofundamento do conhecimento científico, sustentado em revisão bibliográfica adequada. É importante o recurso a artigos, a livros ou outros documentos, que se mostrem pertinentes para os aspetos patológicos deste estudo de caso. Neste capítulo serão abordados teoricamente algumas dimensões relacionadas com a Síndrome de Dressler.

### I-1 DEFINIÇÃO

A Síndrome de Dressler ocorre em 5% a 6% dos doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM). Caracteristicamente é um quadro clínico que apresenta febre, mal-estar e dor torácica, e pleuropericárdica. O aparecimento destes sintomas é de 2-3 semanas após episódio agudo. Cerca de 28% desenvolvem derrame pleural ou pericárdico. Este também pode ser originado por uma inflamação, por uma infeção por citomegalovírus (CMV) ou por agentes traumáticos, como por exemplo, a perfuração do pericárdio, operação cardíaca, ou a perfuração do coração com um cateter cardíaco. Para uma melhor visualização, segue-se a figura seguinte.

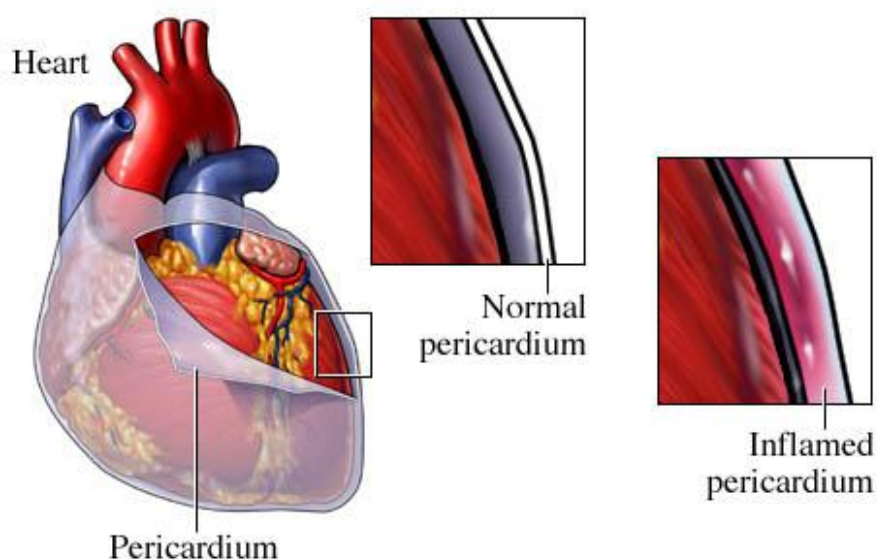


Figura 1 – Pericárdio Normal e Pericárdio inflamado

Fonte: In:[http://medicina.ufm.edu/index.php/S%C3%83ndrome\\_de\\_Dressler](http://medicina.ufm.edu/index.php/S%C3%83ndrome_de_Dressler)

## I-2 ETIOLOGIA

O mecanismo responsável por esta síndrome após lesão cardíaca ainda não foi identificado, mas a literatura refere que há uma reação de hipersensibilidade de um antígeno que é libertado a partir do tecido cardíaco do pericárdio. Existem auto-anticorpos que “lutam” contra o antígeno que é produzido e que “fere” o pericárdio e, por vezes, a pleura adjacente e os pulmões. A hipótese de que as infecções virais podem desempenhar um papel preponderante nesta síndrome é fundamentada porque muitas vezes os anticorpos antivirais, são elevados em doentes que desenvolvem esta síndrome após cirurgia cardíaca. Ver figura 2

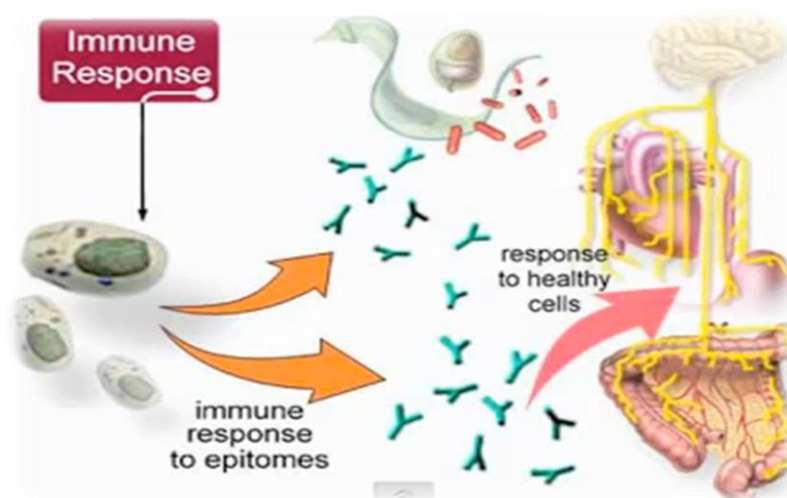


Figura 2 – Resposta Imunitária

Fonte: Carlo A. Oller, MD FACEP – *Emergency Physician In: You tube Síndrome Dressler, 2011*

A hipótese de auto-imunidade é suportada por estas observações:

- ✓ O período de latência prolongado de lesão cardíaca para o aparecimento clínico de PCIS (Post Cardiac Injury Syndrome - Dressler's Syndrome).
- ✓ Há estudos em doentes submetidos à cirurgia cardíaca que revelam ter-se encontrado um aumento estatisticamente significativo da correlação entre os índices de pós-operatório para pré-operatória.
- ✓ A síndrome responde ao tratamento com esteróides, mas às vezes pode reincidir após a sua suspensão.

Na síndrome de Dressler, a pericardite surge após um EAM. A literatura fundamenta que o enfarte pode causar uma lesão no pericárdio que por sua vez, pode provocar um derrame peri-

cárdico. Esta síndrome deve ser diferenciada de pericardite fibrinosa aguda após um enfarte agudo do miocárdio. A pericardite fibrinosa aguda é caracterizada por dor, febre, e um atrito nos primeiros quatro dias após o EAM. A Síndrome de Dressler ocorre após um período de latência de 2-3 semanas a meses. A incidência da síndrome de Dressler diminui quando da reperfusão tecidual após enfarte agudo do miocárdio, presumivelmente, porque a área de lesão é menor.

### **I-3 ASPECTOS CLÍNICOS**

Os aspectos clínicos relevantes são, febre com pericardite, pleurite e/ou pneumonia. A doença geralmente dura por 1-2 semanas. A pericardite pode ser fibrinosa ou raramente sero-sanguinolenta, provoca tamponamento, e pode ser associado com as artralguas.

Algumas características clínicas a investigar são:

- ✓ Avaliar a lesão do pericárdio ou do miocárdio, ou ambos.
- ✓ Avaliar o período latente de derrame entre a lesão e o desenvolvimento de pericardite.
- ✓ Se existe tendência para recorrência.
- ✓ Se existe dor aguda pleurítica.
- ✓ Se há capacidade de resposta aos anti-inflamatórios e corticosteróides.
- ✓ Se surge febre elevada, leucocitose, velocidade de sedimentação e proteína C reativa elevada ou outros marcadores de inflamação.
- ✓ Se existe derrame pericárdico e pleural, com ou sem infiltrado pulmonar.

### **I-4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

A Síndrome de Dressler pode ser facilmente confundida com pericardite viral aguda, e com a pericardite fibrinosa aguda, devido à doença vascular do colagénio, à febre reumática aguda, à pericardite tuberculosa. Esta síndrome pode ser distinguida a partir da relação temporal destas causas com a lesão do miocárdio. A pericardite viral é frequentemente associada a antecedentes de infecção do trato respiratório e, em alguns casos, caquexia, influenza, papeira, herpes simples, varicela, ou pode ser isolado a partir do fluido pericárdico.

### **I-5 TRATAMENTO**

A maioria dos casos de PCIS (Post Cardiac Injury Syndrome – Dressler’s Syndrome) pode ser adequa-

damente tratada com medicação não-esteróide. Para casos refratários, os corticosteróides podem ser utilizados, mas podem atrasar a evolução favorável, pelo que devem ser evitados. Por fim, em doentes com recidivas frequentes a, cloroquina tem-se demonstrado ser eficaz em alguns estudos clínicos.

## **2 - CASO CLÍNICO**

Este caso clínico baseia-se num estudo de caso real de um doente com o diagnóstico da Síndrome de Dressler. A escolha deste caso para análise, resulta da curiosidade acerca da patologia diagnosticada, uma vez que, é pouco habitual surgir neste serviço.

Este estudo de caso refere-se a um doente do sexo masculino, com 51 anos de idade, operário da construção civil, casado há 30 anos, com 3 filhos. Reside com a esposa e com a filha mais nova.

Apresenta antecedentes de prostatectomia radical, HTA e dislipidemia.

Deu entrada no SU do HPH a 08 de Outubro deste ano por dor torácica retroesternal com irradiação ao MSE e sensação de morte iminente.

### **2-1 PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Segundo Doenges & Moorhouse (1994 cit Phaneuf, 2001, p.2) a profissão de enfermagem identificou/elaborou um processo de resolução de problemas que permite “*organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade*”.

As etapas do processo de enfermagem focam a atenção do enfermeiro nas respostas do doente face a uma situação clínica, em consequência de um plano de cuidados holístico dirigido a essas necessidades específicas (Doenges & Moorhouse ,1994 cit Phaneuf, 2001).

Reconhecer e definir o problema é uma etapa fundamental, uma vez que, problemas não identificados não são resolvidos e, o equívoco na identificação do problema pode conduzir a decisões erradas e posteriormente a uma solução não efetiva. A definição e a compreensão dos problemas só são possíveis se existir uma correta identificação dos dados e informações bem como uma análise cuidada (Cardoso, 2003).

O processo de enfermagem é, segundo Phaneuf 2001, p.92 o “*processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados e visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada*”. Este divide-se em cinco fases: colheita de dados, análise e interpretação dos dados, planificação, execução das intervenções e avaliação.

A avaliação inicial obedeceu aos parâmetros protocolados no ser viço (Ver anexo).

## **2-1-1 Avaliação de Enfermagem**

Data de admissão: 08 de Outubro de 2012

Diagnóstico Inicial: SCACEST (Síndrome Coronário Agudo com Estenose)

Este foi o diagnóstico inicial, contudo durante a avaliação clínica no internamento da UCIP, chegou-se ao diagnóstico final de PCIS

### **História Biopsicossocial**

Nome: C.A.R.S.

Nome favorito: C

Sexo: Masculino

Idade: 51 anos

Estado civil: Casado

Agregado familiar: 3 filhos

Residência: Matosinhos

Unidade de Saúde: USF Dunas

Naturalidade: Matosinhos

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações literárias: 4ª classe

Profissão: Operário da construção civil

Pessoa a contactar: J. S.

Relação de parentesco: Esposa

### **História Atual de Doença**

O Sr C. foi levado ao SU do HPH por dor torácica retroesternal, com irradiação ao MSE e sensação de morte iminente.

## Aceitação do Estado de Saúde

O doente verbaliza sentir-se ansioso e ainda não aceita o seu estado de saúde. Refere dificuldade em lidar com a situação que está a vivenciar.

## História Clínica

- Outras doenças: HTA, Tabagismo, Dislipidemia e Prostatetomia radical em 2012
- Acidentes ou Traumatismos: Ausentes
- Alergias: Desconhece
- Próteses, dispositivos de auxílio: Ausentes
- Perturbações Neurológicas: Ausentes

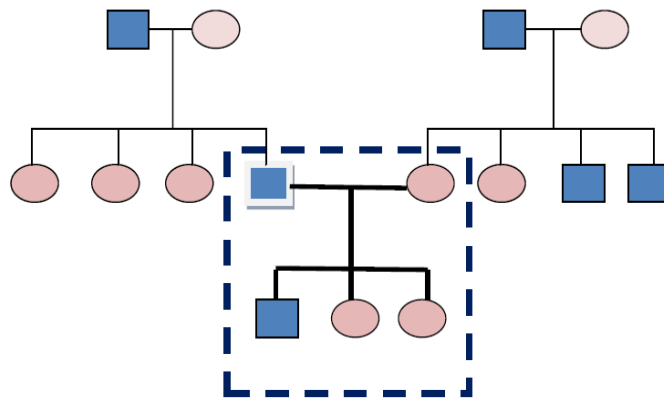
## História Familiar

Pai – Antecedentes cardíacos – Pacemaker; Mãe - Saudável

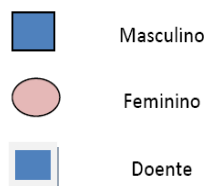
## Genograma

O genograma é uma ferramenta de avaliação útil que comporta muita informação relevante.

Consiste numa representação esquemática de uma família, com a representação dos seus membros, das diferentes gerações e grau de parentesco entre eles.



Legenda:



## Exame Físico

- **Sinais Vitais**

TA: 118/62 mmHG

Pulso: 89 p/m; rítmico e cheio

Temperatura: 36,5 °C

Respiração: Regular e normopneico

Dor: Dor retroesternal

- **Estado Nutricional**

Peso: 104 Kg

Altura: 1,75 m

IMC: 33, 96 (Obesidade Grau I)

- **Cabeça/Tronco/Membros**

Assimétrico: Não

Deformidades: Não

Cicatrizes: Sim, a nível abdominal (anterior cirurgia)

Próteses: Não

Visão: Normal

## Hábitos de Vida

**Autocuidado: Higiene** – O doente realiza as tarefas associadas a este autocuidado de forma autónoma e adequada, tem por hábito tomar banho matinal.

**Autocuidado: Vestuário** – O doente realiza as tarefas associadas a este autocuidado de forma autónoma, é capaz de escolher as peças de roupa, atendendo ao contexto e ao clima.

**Autocuidado: Comer** (Faz habitualmente as 3 refeições principais)

**Autocuidado: Beber** – Habitualmente ingere água e cerveja

**Autocuidado: Atividade Recreativa** – O doente não realiza atividades recreativas

**Autocuidado: Sono-Repouso** (Horas de sono: 8 horas, refere que a qualidade do sono é reparadora)

## **Eliminação**

- **Eliminação Intestinal** – Sem alterações
- **Eliminação Urinária** – Sem alterações

## **Estilos de Vida**

- Uso de Tabaco: Sim
- Uso de álcool/cafeína: Sim

## **Exame Psicológico**

- Interação Social: Boa  
Relação (contacto): Acessível
- Comunicação: Não alterada
- Humor: Ansioso
- Memória: Sem alterações
- Afetividade: Conservada
- Estado de Consciência: Vígil
- Orientação: Autopsíquica: Sim  
Alopsíquica: Sim  
Espaço-Temporal: Sim
- Comportamento: Adequado
- Fobias: Não
- Percepção: Não alterada
- Pensamento: Não alterado

## **2-2 PLANO DE CUIDADOS**

Um plano de cuidados exige um levantamento de diagnósticos de enfermagem e as inerentes intervenções de enfermagem, com respetiva avaliação das mesmas.

Para este plano de cuidados foi utilizada a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2.0, 2011).

<b>Foco: Auto cuidado</b> “ <i>Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.</i> ” (ICN, 2011, p. 41)		
Data de Início: 8-10-2012	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Capacidade para tomar banho comprometida em grau moderado	Data de Termo: 14-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar o banho no chuveiro</li> <li>- Aplicar creme</li> <li>- Assistir no tomar banho</li> <li>- Incentivar a independência no tomar banho</li> <li>- Promover a independência no tomar banho</li> <li>- Ensinar estratégias adaptativas para o tomar banho</li> </ul>		
<b>Resultados obtidos:</b> Doente com uma evolução positiva, tornando-se independente no tomar banho.		

Data de Início: 8-10-2012	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Capacidade para vestir-se comprometida em grau moderado	Data de Termo: 14-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir no vestir-se</li> <li>- Incentivar a independência no vestir-se</li> <li>- Promover a independência no vestir-se</li> </ul>		
<b>Resultados obtidos:</b> Doente com uma evolução positiva, tornando-se independente no vestir		

Data de Início: 8-10-2012	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Capacidade para o uso de sanitário comprometida em grau moderado	Data de Termo: 14-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir no auto-cuidado: uso de sanitário</li> <li>- Otimizar fralda</li> <li>- Manter a pele seca</li> <li>- Incentivar o auto-cuidado: uso de sanitário</li> <li>- Promover a independência no vestir-se</li> </ul>		
<b>Resultados obtidos:</b> Doente com uma evolução positiva, tornando-se independente no uso de sanitário		

Data de Início: 8-10-2012	<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Capacidade para se alimentar comprometida em grau moderado	Data de Termo: 12-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a pessoa a alimentar-se</li> <li>- Avaliar o auto-cuidado: alimentar-se</li> <li>- Ensinar sobre hábitos alimentares</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Procedimento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre alimentos adequados à condição de saúde</li> <li>- Informar sobre quantidade de alimentos adequados à condição de saúde</li> <li>- Informar sobre o número de refeições adequadas à condição de saúde</li> <li>- Informar sobre a distribuição das refeições pelo dia</li> <li>- Informar sobre preparação de alimentos adequada à condição de saúde</li> <li>- Informar sobre hidratação adequada à condição de saúde</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimentos sobre regime alimentar</li> </ul>		
<b>Resultados obtidos:</b> O doente parece motivado a alterar os seus hábitos alimentares. Não foi possível avaliar se o doente aderiu a essas alterações.		

<p><b>Foco: Dor</b> “Percepção Comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referencia subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite.” (ICN, 2011, p. 50)</p>		
<p>Data de Início: 8-10-2012</p>	<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Risco de dor por procedimentos invasivos</p>	<p>Data de Termo: 16-10-2012</p>
<p><b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a dor através da Escala de dor</li> <li>- Vigiar dor</li> <li>- Referir a dor ao médico</li> <li>- Gerir analgesia</li> </ul>		
<p><b>Resultados obtidos:</b> O doente não verbaliza nem evidencia sinais de dor</p>		

<p><b>Foco: Ferida:</b> “Abrasão extensa do tecido de revestimento da superfície do corpo associado à presença contínua de humidade e pele húmida” (ICN, 2011, p. 61).</p>		
<p>Data de Início: 8-10-2012</p>	<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Risco de maceração</p>	<p>Data de Termo: 10-10-2012</p>
<p><b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar condição de risco para a maceração</li> <li>- Vigiar a pele</li> <li>- Vigiar sinais de maceração</li> <li>- Aplicar creme</li> </ul>		
<p><b>Resultados obtidos:</b> Doente que apresentou sempre pele íntegra</p>		

**Foco: Hemorragia:** *“Perda Sanguínea: Perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, extensa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar”* (ICN, 2011, p. 55).

**Diagnóstico de Enfermagem:** Risco de hemorragia

- Vigiar perda sanguínea
- Ensinar sobre a prevenção da perda sanguínea
- Ensinar sobre sinais de perda sanguínea
  
- Avaliar conhecimentos sobre prevenção da perda sanguínea
- Avaliar conhecimentos sobre sinais de perda sanguínea

**Resultados obtidos:** Doente que não apresentou hemorragia

**Foco: Úlcera:** *“Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada, (ICN, 2011, p. 79).*

**Diagnóstico de Enfermagem:** Risco de úlcera de pressão

**Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)**

- Monitorizar risco de úlcera de pressão através da “Escala de Braden”
- Vigiar a pele

**Resultados obtidos:** Doente que apresentou sempre pele íntegra

<b>Foco: Queda:</b> “Evento ou episódio” (ICN, 2011, p. 70).
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Risco de queda
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a condição de risco para a queda</li> <li>- Promover medidas de segurança para a prevenção de quedas <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)</li> <li>✓ Definir protocolo de rondas periódicas</li> </ul> </li> </ul>
<b>Resultados obtidos:</b> Doente nunca apresentou episódio de queda

<b>Foco: Adesão ao regime terapêutico</b> “Adesão” (ICN, 2011,p.38)
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Adesão ao regime terapêutico (Risco de recaída)
<b>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre hábitos alimentares</li> <li>- Ensinar sobre hábitos de exercício</li> <li>- Avaliar conhecimentos da pessoa sobre a gestão do regime terapêutico</li> <li>- Avaliar conhecimentos sobre hábitos de exercício</li> <li>- Avaliar conhecimentos sobre regime alimentar</li> </ul>
<b>Resultados obtidos:</b> Doente que evidenciou conhecimentos sobre a gestão do regime terapêutico e da necessidade de readaptar os seus hábitos alimentares e de manter atividade física.

## 2.2.1 ATITUDES TERAPÊUTICAS

### ✚ CATETERISMO PERIFÉRICO

Especificação: Cateter periférico nº 20 no MSD

Intervenções:

- ✓ Inserir cateter venoso periférico
- ✓ Otimizar cateter venoso periférico
- ✓ Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter

### ✚ MONITORIZAÇÃO DA FC, SATO<sub>2</sub>, TA, TEMPERATURA AXILAR

Intervenções:

- ✓ Monitorizar a frequência cardíaca
- ✓ Monitorizar frequência respiratória
- ✓ Monitorizar a SatO<sub>2</sub>
- ✓ Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco
- ✓ Monitorizar tensão arterial
- ✓ Monitorizar a temperatura corporal

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM INERENTES À PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Glicose 5%, 500ml	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Vigiar sinais inflamatórios do local de inserção do CVP		- Sem sinais inflamatórios do CVP

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Diazepam 5 mg PO	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sintomas de hipotensão		- Sem alterações

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Dinitrato de Isossorbido 50mg IV	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sintomas de hipotensão		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Ácido Acetilsalicílico 100mg PO	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sinais de hemorragia		- Sem alterações

<b>Data início:</b> 09-10-2012	<b>Prescrição:</b> Morfina 2mg IV	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sintomas de hipotensão		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Enoxaparina 80 mg SC Enoxaparina 20 mg SC	<b>Data termo:</b> 15-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sintomas de hipotensão		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Paracetamol 1gr IV	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
- Monitorizar tensão arterial - Vigiar sintomas de hipotensão		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Furosemida 20mg IV	<b>Data termo:</b> 09-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar tensão arterial</li> <li>- Vigiar sintomas de hipotensão</li> </ul>		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

<b>Data início:</b> 08-10-2012	<b>Prescrição:</b> Clopidrogel 75mg PO	<b>Data termo:</b> 16-10-2012
<b>Intervenções de Enfermagem que decorrem da prescrição</b>		<b>Efeitos / resultados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar tensão arterial</li> <li>- Vigiar sintomas de hipotensão</li> </ul>		- Sem alterações, sem efeitos de hipotensão

26

244

## **CONCLUSÃO**

A elaboração deste estudo de caso foi uma mais-valia na minha aprendizagem, o mesmo, permitiu que refletisse em muitas questões da prestação de cuidados, nomeadamente na importância da ação do enfermeiro especialista, na complexidade e particularidades em termos de mudanças e transição de vida (implicações biológicas, psicológicas e sociais) e as consequentes necessidades em cuidados de enfermagem. Também permitiu cada vez mais constatar, que a realidade de cada doente é única, e as suas necessidades são de igual modo particulares.

No desenrolar deste trabalho, foram surgindo dificuldades que foram ultrapassadas da melhor forma, contudo uma delas, foi a escassa bibliografia sobre o diagnóstico médico. O facto de consultar a informação em processo clínico passivo não clarificou muito a história, por não existirem registos detalhados. Porém, apesar das dificuldades, penso que as mesmas me ajudaram a aprofundar mais conhecimento e sobretudo a refletir aprofundadamente sobre os cuidados a desenvolver.

Este estudo de caso permitiu, um desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências em especialização em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente foi possível adequar as respostas aos problemas identificados, através da monitorização e avaliação, garantir a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor, demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, estabelecer as estratégias pro-ativas a implementadas na unidade no que respeita a prevenção e controlo da infeção do serviço, não descurando o exercício de boas práticas.

Para que toda a equipa de enfermagem tomasse conhecimento da realização deste trabalho, foi considerado muito oportuno a sua apresentação, ainda que, de uma forma informal (passagem de turno), na qual se abordou sucintamente a patologia, e as intervenções de enfermagem decorrentes de problemas identificados, utilizando a linguagem CIPE. Ressalva-se que embora este trabalho fosse académico, verificou-se que as intervenções implementadas são comuns aos doentes com síndrome coronário agudo.

Os objetivos inicialmente delineados foram alcançados.

Concluo o mesmo, salientando que são os doentes a nossa maior fonte de aprendizagem e é para eles que devemos procurar incessantemente, evoluir nos nossos conhecimentos, habilidades e competências.

## BIBLIOGRAFIA

ADLER, Y et al – *Colchicine Treatment for Recurrent Pericarditis, A decade of experience* – Circulation, vol 97; p. 2183 – 2185, 1998.

ANDERSON, Jane E.; YODER, Karen K.; KAUFMAN, Jane Steinman – *Processo de enfermagem. In Enfermagem Médico-Cirúrgica – conceitos e prática clínica. Lisboa: Lusodidacta, Vol. I. 1990.*

ARAÚJO, Cidália et al – *Estudo de Caso. Braga: Universidade do Minho. Tese de Mestrado, 2008.*

OLLER, Carlo A. , MD FACEP – *Emergency Physician In: You tube Síndrome Dressler, 2011.*

FROST, Megan – *Post Cardiac Injury Syndrome, 2005.*

[http://medicina.ufm.edu/index.php/S%C3%80ndrome\\_de\\_Dressler](http://medicina.ufm.edu/index.php/S%C3%80ndrome_de_Dressler), consultado a 12 de Outubro de 2012.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.*

KIRSH, Marvin et al - *Post pericarditiony Syndromes - The annals of thoracic surgery* vol. 9 p.158-179, 1970

LITTLE, William; FREEMAN, Gregory – *Pericardial disease* – Circulation, p.1622 – 1632, vol.113; 2006.

MCCLOSKEY, Joanne C.; BULECHEK, Gloria M. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ª edição. Portalegre : Artmed, 2004.*

Megan Frost Post Cardiac Injury Syndrome (Dressler’s Syndrome) MS III January 24, 2005.

OLIVA, Philip; HAMMILL, Stepher; TALANO, James – *Effect of definition on Incidence of Postinfarction Pericarditis. Is it time to redefine Postinfarction Pericarditis?* – Circulation, Vol. 90, nº3 September p. 1537-1541, 1994.

RALPH, Shabatai – *Corticosteroids for recurrent Pericarditis. On the road to evidence - based Medicine* – Circulation p. 612-613, vol. 118, 2008.

TOOLE, J.C.; SILVERMAN, M.E. – *Pericarditis of Cute Myocardial Infarction - Chest, nº67 p.647-653, 1975.*

30

248

# **ANEXO**

**Folha de Avaliação Inicial informatizada utilizada no Serviço**



## **AVALIAÇÃO INICIAL**

### **Dados Gerais:**

- nome
- diagnóstico
- medicação domiciliária
- antecedentes pessoais
- alergias
- tipo de alergias
- antecedentes familiares
- história da doença
- dependência para auto-cuidado
- motivo de dependência
- instalação de dependência

### **Dados Sociais:**

- 75 anos ou mais a viver só
- utente/convivente com mais de 75 anos
- estado civil
- nível de escolaridade
- profissão

### **Familiar Responsável:**

- nome
- telefone
- coabitação com o doente
- observações

### **Prestador de Cuidados:**

- nome
- idade

- estado civil
- nível de escolaridade
- profissão
- telefone
- coabita com o dependente
- parentesco com o dependente
- observações

**Respiração:**

- frequência respiratória
- características

**Alimentação:**

- peso
- altura
- hábitos alimentares/nutricionais
- alergias alimentares
- dependência anterior
- uso de próteses dentárias

**Circulação:**

- tensão arterial
- frequência cardíaca
- características de pulso

**Eliminação:**

- hábitos de eliminação intestinal
- hábitos de eliminação urinários

**Tegumentos:**

- integridade cutânea
- úlcera de pressão

**Mobilidade:**

- dependência anterior
- uso de prótese
- observação

**Auto-cuidado: Higiene**

- dependência anterior
- observação

**Sono e Repouso:**

- hábitos de sono
- hábitos de repouso

**Neurosensorial:**

- estado de consciência
- orientação no tempo e espaço
- alterações sensoriais
- uso de próteses
- observações

**Outros dados:**

- observações
- Fontes de dados



